

**Relación de calidad de vida y bienestar psicológico en adultos mayores del programa**

**Colombia Mayor en el municipio de La Llanada-Nariño**

**Presentado por:**

**Afranio Álvarez Romo**

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD**

**Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades,**

**Maestría en Psicología Comunitaria**

**2020**

**Relación de calidad de vida y bienestar psicológico en adultos mayores del programa  
Colombia Mayor en el municipio de La Llanada-Nariño**

Trabajo presentado para optar el título de Magíster en Psicología Comunitaria

**Presentado por:**

**Afranio Álvarez Romo**

**Directora**

**Zeneida Ceballos Villada**

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD**

**Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades,**

**Maestría en Psicología Comunitaria**

**2020**

### **Agradecimientos**

*En primer lugar, expreso mi agradecimiento a la profesora Zeneida Ceballos asesora del presente trabajo de grado, quien manifestó siempre la mejor disposición para orientarme en el proceso desde el inicio hasta el final, su acompañamiento fue fraternal y a la vez riguroso de tal manera que el producto responda a la exigencia del nivel de maestría.*

*Gracias a la administración municipal de la Llanada Nariño por facilitarme información valiosa a cerca del programa de adulto mayor y más aún a los adultos mayores quienes quisieron ser parte de este trabajo de investigación.*

*En mi vida siempre han existido unas personas incondicionales, que han creído ciegamente en mí, mis padres y hermanos; ellos me han dado la fuerza y confianza para emprender diferentes proyectos personales y comunitarios, por eso hoy quiero decirles gracias, mil gracias porque su apoyo lo siento siempre en sus gestos, palabras y acciones.*

*Sobre todo, agradezco infinitamente a mi esposa y mi hijo quienes de una manera comprensiva y solidaria se despojaron de tiempos que debían ser utilizados para la vida familiar, por eso quiero decirles que este trabajo también es producto del esfuerzo y la generosidad de ustedes.*

### **Dedicatoria**

*Para las dos personas que han compartido su vida conmigo en estos últimos años, mi esposa e hijo, por su solidaridad y comprensión al apoyarme en este proyecto personal, que a la postre es también familiar; espero que a mi hijo Santiago le sirva como inspiración en su vida y a mi esposa Adriana sea motivo de alegría*

## **Tabla de Contenido**

|  |    |
|--|----|
| Resumen .....                                    | 8  |
| Abstract .....                                   | 9  |
| Introducción .....                               | 10 |
| Planteamiento del problema .....                 | 14 |
| Descripción del problema .....                   | 14 |
| Pregunta de investigación .....                  | 16 |
| Objetivos .....                                  | 17 |
| Objetivo general .....                           | 17 |
| Objetivos específicos .....                      | 17 |
| Justificación .....                              | 18 |
| Marco conceptual y teórico .....                 | 21 |
| Envejecimiento .....                             | 21 |
| Calidad de vida y adulto mayor .....             | 22 |
| Bienestar psicológico en el adulto mayor .....   | 24 |
| Tendencias en el estudio de envejecimiento ..... | 25 |
| Metodología .....                                | 27 |
| Población .....                                  | 28 |
| Muestra .....                                    | 28 |
| Tamaño de la muestra .....                       | 29 |
| Instrumentos .....                               | 30 |
| Cuestionario SF-36. ....                         | 30 |
| Escala Bienestar Psicológico. ....               | 33 |
| Variables .....                                  | 36 |
| Hipótesis .....                                  | 40 |
| Hipótesis específicas. ....                      | 40 |
| Procedimiento .....                              | 46 |
| Plan de análisis estadístico .....               | 47 |
| Resultados .....                                 | 49 |
| Análisis de resultados .....                     | 49 |

|   |     |
|---|-----|
| Análisis de resultados de las variables sociodemográficas.....  | 49  |
| Análisis de resultados Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) .....  | 50  |
| Análisis de resultados Bienestar Psicológico.....   | 51  |
| Análisis de resultados bivariado .....  | 52  |
| Discusión.....  | 55  |
| Pautas para la elaboración de la propuesta de intervención .....  | 67  |
| Título: Envejecimiento activo, a través de la autogestión comunitaria en los adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño. .... | 67  |
| Descripción Del Problema.....   | 67  |
| Objetivo General de la propuesta de intervención comunitaria .....  | 69  |
| Objetos Específicos .....   | 69  |
| Justificación .....   | 69  |
| Fundamentos teóricos de la propuesta de intervención comunitaria .....  | 70  |
| Calidad de Vida.....  | 70  |
| Bienestar Psicológico.....  | 73  |
| Metodología.....  | 74  |
| Énfasis social – comunitario del proyecto .....   | 75  |
| Participantes.....  | 75  |
| Fases .....   | 75  |
| Fase 1: Socialización de resultados y planteamiento de acciones. ....   | 75  |
| Fase 2: Consolidar una Red de apoyo.....  | 76  |
| Fase 3: Implementación de la propuesta.....   | 77  |
| Fase 4: Evaluación .....  | 78  |
| Conclusiones .....  | 80  |
| Recomendaciones.....  | 83  |
| Referentes Bibliográficos.....  | 85  |
| Anexos.....   | 92  |
| Anexo 1: Consentimiento informado .....   | 93  |
| Anexo 2: Ficha sociodemográfica .....   | 94  |
| Anexo 3: Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF – 36.....  | 95  |
| Anexo 4. Escala Bienestar Psicológico (EBP) .....   | 101 |

## **Lista de tablas**

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Tabla 1.  | Nivel de confianza/puntuación Z.....   | 29 |
| Tabla 2.  | Variables Sociodemográficas.....   | 37 |
| Tabla 3.  | Variables Calidad de Vida en cada uno de los dominios. ....                        | 38 |
| Tabla 4.  | Variables de la totalidad del SF-36.....   | 39 |
| Tabla 5.  | Variables Bienestar Psicológico .....  | 39 |
| Tabla 6.  | Variables sociodemográficas .....  | 50 |
| Tabla 7.  | Análisis descriptivo cuestionario SF 36 (CVRS) .....                               | 51 |
| Tabla 8.  | Análisis descriptivo EBP .....   | 52 |
| Tabla 9.  | Relaciones de significancia entre calidad de vida y el bienestar psicológico ..... | 53 |
| Tabla 10. | Asociación de resultados entre la calidad de vida y el bienestar psicológico ..... | 54 |
| Tabla 11. | Definiciones para el concepto de calidad de vida.....                              | 68 |
| Tabla 12. | Evaluación de la propuesta .....   | 79 |

## Resumen

Investigar a la población adulto mayor en contextos rurales, se constituye en una necesidad para la academia y para los actores sociales quienes construyen y gestionan la política pública de personas mayores de 65 años con altos niveles de vulnerabilidad. En concordancia, el presente estudio plantea como objetivo analizar la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y el nivel de bienestar psicológico en adultos mayores programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada-Nariño. El método propuesto es cuantitativo correlacional con 80 adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada. Los cuestionarios utilizados fueron el SF-36 Calidad de Vida del Adulto Mayor y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP). Entre los resultados más significativos se destacan que el promedio de edad es de 73 años, mayormente mujeres, la mayor parte de la población viven con su esposa (o) e hijos y 92,5% tienen casa independiente. En la calidad de vida, los promedios más altos son (68,9) en función social, dolor corporal (65,66) y el más bajo es dimensión de rol físico (53,75). En cuanto a bienestar psicológico, el promedio más alto fue propósito en la vida. Así mismo, en las correlaciones realizadas se encuentra que los aspectos de bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas) tienen una correlación más fuerte con la función social y en general, la función social está directamente relacionada con los puntajes de bienestar psicológico. Finalmente se entrega la propuesta *Envejecimiento activo, a través de autogestión comunitaria en adultos mayores del Programa Colombia Mayor del municipio la Lanada-Nariño*, basada en los resultados de la investigación.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Adulto mayor. Bienestar psicológico, envejecimiento activo.



### **Abstract**

Researching the elderly population in rural contexts is a necessity for the academy and for the social actors who build and manage public policy. Similarly, population growth is recognized in people over 65 with high levels of vulnerability. Accordingly, the present study aims to analyze the relationship between health-related quality of life and the level of psychological well-being in older adults in the Colombia Mayor program of the municipality of La Llanada-Nariño. The proposed method is quantitative correlational with 80 older adults of the Colombia Mayor program of the municipality of Llanada. The questionnaires used were the SF-36 Quality of Life of the Elderly and the Psychological Welfare Scale (EBP). Among the most significant results are that the average age is 73 years, mostly women, most of the population live with his wife (s) and children and 92.5% have independent houses. In the quality of life, the highest averages are (68.9) in social function, body pain (65.66) and the lowest is the physical role dimension (53.75). As for psychological well-being, the highest average was purpose in life.

Likewise, in the correlations made it is found that aspects of psychological well-being (self-acceptance, positive relationships) have a stronger correlation with social function and in general, social function is directly related to psychological well-being scores. Finally, the proposal Active aging, through community self-management in older adults of the Colombia Mayor Program of the municipality of Llanada-Nariño, based on the results of the research is delivered.

**Key words:** Quality of life. Elderly. Psychological well-being, active aging.

## **Introducción**

En el campo de la investigación existe un interés creciente por estudiar el envejecimiento de la población, en tanto, se constituye en una realidad inherente al ciclo vital del ser humano. En esta línea, Alvarado y Salazar (2014) mencionan que la transformación demográfica aumentará el número de personas de más de 60 años, en efecto, se prevé que esta población se duplique.

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2002) considera un elemento clave en la construcción e implementación de políticas públicas y de desarrollo socioeconómico, el envejecimiento. De esta manera, resulta importante encaminar acciones, estudios y programas, tendientes a mejorar la salud, la capacidad funcional, la participación social y seguridad de los adultos mayores; reto en el cual, los profesionales, la familia y cuidadores cobran un valor relevante; en este sentido se considera pertinente mencionar el concepto de calidad de vida, que, la OMS (1994) la define como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (p. 153). Por consiguiente, la calidad de vida plantea una concepción de cada realidad de un individuo, de sus experiencias particulares, negativas o positivas respecto a "su nivel de bienestar y satisfacción" (Urzúa y Caqueo, 2012, p. 64). Al relacionar el concepto calidad de vida con la etapa de la vejez, es posible mencionar que existen diversas condiciones personales y contextuales, que harán que el adulto mayor experimente en mayor o menor medida bienestar y satisfacción.

La calidad de vida que se disfrutará en la etapa de la vejez será el resultado de una serie de vivencias previas, experiencias, aprendizaje, estados de salud, accidentes y otras muchas circunstancias, que harán que el modo en que seamos capaces de afrontarla sea muy variable y no únicamente referido al término cronológico de edad" (Millán, 2011, p. 7).

La relación entre calidad de vida y adulto mayor, dada su importancia ha sido estudiada por algunos autores, por ejemplo, en la investigación de Siddiqui, Hasan, Abbas, Tariq y Haider (2019, p. 894), los adultos mayores que viven con su familia percibieron mayor calidad de vida en los dominios de bienestar psicológico y emocional y menor calidad de vida, en el dominio de salud; los participantes institucionalizados, reportaron mayor calidad de vida en el dominio de hogar y vecindario. Por su parte, Rathnayake, (2015, p. 146), señala que los adultos mayores percibieron una mayor calidad de vida en los dominios de hogar, vecindario y bienestar psicológico y una calidad de vida más baja, en el dominio de finanzas.

Ahora es preciso aproximarse a las reflexiones en torno al bienestar psicológico, el cual se entiende como “la evaluación global que realiza un individuo de las situaciones placenteras como las que no lo son” (Vivaldi y Barra, 2012, p. 24). “En este constructo se destaca un componente emocional o afectivo de placer y displacer y un componente cognitivo que se refiere a la formulación de juicios de valor” (Mayordomo, Sales, Satorre y Meléndez, 2015, p. 102). En tanto, que existe una postura personal frente a las circunstancias que un individuo haya vivenciado; circunstancias que pueden influir positiva o negativamente, en el bienestar psicológico. La relación entre bienestar psicológico y adultos mayores ha sido documentada por Vivaldi y Barra (2012), quienes mostraron que el bienestar psicológico de la población objeto de estudio, presentaba mayores relaciones con el apoyo social; los hombres reportaron mayor bienestar psicológico en comparación con las mujeres. Así mismo, Mayordomo, *et al.* (2016) desarrollaron una investigación para evaluar las diferencias en las dimensiones del bienestar psicológico en función a grupos de edad y sexo, demostrando diferencias significativas entre el grupo de jóvenes, con los grupos de adultos y adultos mayores, siendo mayores las puntuaciones de jóvenes, en todos los casos.

Teniendo en cuenta la existencia de estudios previos que avalan la importancia del tema, se planteó el presente estudio, que buscó establecer la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y bienestar psicológico de los adultos mayores del programa adulto mayor en el Municipio de la Llanada – Nariño, en el periodo comprendido entre octubre a diciembre de 2018. Para el cumplimiento se definirá el nivel de la calidad de vida, identificará el bienestar emocional, las dimensiones salud física y salud mental de los adultos mayores.

El estudio tiene como objeto analizar la relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico en adultos mayores del programa Colombia Mayor en el municipio de La Llanada-Nariño, para orientar el diseño de una propuesta de intervención comunitaria tendiente al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores. Así mismo, aportar una base fundamental que incentive estudios explicativos que permitan encaminar acciones destinadas a mejorar el bienestar psicológico y calidad de vida de los adultos mayores, con el fin de repercutir positivamente en el trabajo multidisciplinario, investigativo y de intervención social y comunitaria.

Por otro lado, dada las intenciones de este estudio, se ha decidido seleccionar un proceso metodológico cuantitativo; esto supone en primer lugar, el análisis de las variables relacionadas con calidad de vida y bienestar psicológico, en segundo lugar, vincular procesos estadísticos para determinar la asociación entre dichas variables.

El presente estudio consideró aspectos éticos, protegiendo la identidad y confidencialidad de los participantes, se contó con previo diligenciamiento del consentimiento informado de las personas del estudio, quienes por voluntad propia decidieron participar de la investigación.

En este estudio se resalta que la población objeto, se encuentra en una edad promedio de 73 años, la mayor parte de la población corresponde a sexo femenino, este último aspecto concuerda con los datos que establece el DANE (2015), respecto a las proyecciones de población, al especificar que la mayor proporción en la vejez corresponde a mujeres.

Respecto al estado civil, el mayor porcentaje de los adultos mayores son solteros, en calidad de vida, el promedio más alto (68,9) corresponde a la dimensión de función social, resultado que concuerda con autores como Cao, Guo, Ping, Tan, Guo y Zheng (2016), quienes reportaron valores promedio más altos (61,92) para las relaciones sociales en los adultos mayores; con respecto al bienestar psicológico tienen puntajes mayores: propósito en la vida, relaciones positivas y dominio del entorno, resultados que motivan a trabajar con esta población en programas comunitarios y sociales; también se demostró asociaciones significativas entre las dimensiones de calidad de vida función física, dolor corporal, función social, con bienestar psicológico, resultados que concuerdan con el estudio de (Vivaldi y Barra, 2012, p. 27), quienes mencionan la relación entre percepción de salud y bienestar psicológico en los adultos mayores; de igual forma, los hallazgos de la presente investigación coinciden con los resultados de Novoa, Caycedo, Aguilón y Suarez (2008), quienes señalan que la calidad de vida y el bienestar psicológico podrían perturbarse por la presencia del dolor.

Finalmente, a partir de los resultados de la presente investigación, se consideró pertinente articular la propuesta denominada Envejecimiento activo, a través de autogestión comunitaria en adultos mayores del Programa Colombia Mayor del municipio la Lanada-Nariño.

## **Planteamiento del problema**

### **Descripción del problema**

“El envejecimiento se considera un problema de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población” (Alvarado y Salazar, 2014, p. 57). En Colombia y de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) los datos censales demuestran un proceso de envejecimiento que aumenta considerablemente, más que los demás países de la región; durante los últimos 30 años la población colombiana creció a una tasa promedio anual de 1.69%, mientras que los adultos mayores lo hicieron al 3.26%. La situación a nivel departamental ha sido documentada por el DANE (2015), quien menciona que existe una tendencia al envejecimiento en el departamento de Nariño, puesto que las personas mayores de 60 años representaron el 10.7% en el año 2016 y para el 2020, se incrementará al 11.5%. Desde este punto de vista, la población adulto mayor tendrá mayor representación en la sociedad y con ello, personas con cambios a nivel biológico, psicológico y social; situación que debe ser focalizada por el gobierno, profesionales e instituciones. De no ser así, el grupo de adultos mayores experimentarán problemas enmarcados en el bienestar, calidad de vida, participación social, e inclusive podrían llegar a vivenciar una discapacidad.

Teniendo en cuenta uno de los componentes que soportan el presente estudio, tal como lo define OMS (1996), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba “la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias

personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (Villaverde, Fernández, Gracia, Morera y Cejas, 2000, p. 280). Así, el concepto de calidad de vida se entiende desde una visión multidimensional, donde se relacionan varios componentes de la vida del adulto mayor con su entorno familiar y comunitario.

En línea con lo anterior, existen estudios que se han interesado en demostrar cómo perciben la calidad de vida la población adulto mayor. Hernández, Chávez y Carreazo (2016), señalan que a medida que ocurre el envejecimiento, el ser humano es más vulnerable a experimentar sucesos que influyen negativamente sobre ella. Así mismo, los resultados del estudio de Medhi, Sarma, Pala, Bhattacharya. Bora y Visi (2019), sugieren que la disminución en el estado funcional puede afectar negativamente las dimensiones de la calidad de vida en las personas mayores. Estos autores encontraron que un mayor problema en la capacidad funcional, menor calidad de vida percibida por los adultos mayores. Igualmente, los resultados de Gobbens y Van Assen (2017) demuestran que existe asociación significativa entre la inactividad física y la falta de relaciones sociales, con cuatro dimensiones de calidad de vida. A nivel Municipal, se reporta el estudio desarrollado por Paredes, Yarce y Aguirre (2018), quienes indican que las situaciones socioeconómicas, contextuales, el género, la dependencia funcional, la condición de salud y la discapacidad, tiene repercusiones importantes en el bienestar de los adultos mayores y así mismo, en su calidad de vida; en este sentido es fundamental tener en cuenta que una población importante carecen de familia, vivienda propia, ingresos económicos recurrentes y padecen enfermedades crónicas como la hipertensión y diabetes que pueden alterar la parte mental afectando el bienestar en general. Teniendo en cuenta que el bienestar psicológico se entiende como la percepción que tiene un individuo respecto a la satisfacción, goce o disfrute de las situaciones de la vida, se resalta el estudio de Yarce, Chalapud y Martínez (2017) el cual se

desarrolló en el Municipio de Guachucal -Nariño y que enmarca la población adulto mayor. Los hallazgos, permitieron concluir que situaciones que permitan a los adultos mayores, interaccionar socialmente, percibir autoeficacia, obtener beneficios físicos, emocionales y cognitivos, pueden conducir a experimentar mayores niveles de bienestar.

Las proyecciones del DANE (2015) que se señalan en Plan de Desarrollo de Nariño 2016-2019, especifican que, en el Municipio la Llanada, del número total de habitantes (5.726), 703 son adultos mayores de 60 años.

Bajo las anteriores consideraciones y como estudio pionero en el Municipio, la presente investigación buscó establecer la asociación entre calidad de vida y bienestar psicológico en los adultos mayores del Programa Colombia Mayor del Municipio la Llanada Nariño. Así mismo, el estudio pretende constituirse en un elemento importante, para avanzar en el análisis de los factores que influyen en la calidad de vida y bienestar psicológico de la población adulto mayor, con miras a la implementación de acciones comunitarias tendientes a impulsar recursos, redes y acciones intersectoriales en beneficio de los adultos mayores, que de no ser así, se obstaculizarían las oportunidades y recursos que garanticen condiciones físicas, sociales y de bienestar de la población que está envejeciendo.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico en adultos mayores del programa Colombia Mayor en el municipio de La Llanada-Nariño?



## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar la relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico en adultos mayores del programa Colombia Mayor en el municipio de La Llanada-Nariño, para orientar el diseño de una propuesta de intervención comunitaria tendiente al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

### **Objetivos específicos**

Identificar el nivel de la calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes al programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada-Nariño.

Determinar el bienestar psicológico en adultos mayores pertenecientes al programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada-Nariño.

Relacionar los dominios de calidad de vida y el bienestar psicológico en adultos mayores pertenecientes al programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada-Nariño.

Diseñar pautas generales para la elaboración de una propuesta de intervención comunitaria tendiente al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores partiendo de los resultados obtenidos dentro de la investigación para el municipio de La Llanada.

### **Justificación**

Las actuales tendencias del envejecimiento permiten entender que este ciclo vital es un proceso que requiere de unas condiciones sociales, políticas y económicas favorables, que darán lugar a la construcción de facilitadores para la salud, participación social y equidad de la población que está envejeciendo; de acuerdo con la Política Colombiana de Envejecimiento (Ministerio de Salud, 2015), este proceso de optimización de oportunidades permite a las personas realizar su potencial desde el bienestar físico, mental, social y así mismo, contribuye en su calidad de vida, de esta manera, se hace necesario tener en cuenta diversas dimensiones que pueden influir positiva o negativamente, en el bienestar y calidad de vida de la población adulta. El Plan Decenal de Salud Pública – *PDSP 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), establece un crecimiento constante del envejecimiento poblacional y, por tanto, una de las prioridades a investigar está constituida en la población adulto mayor; en este sentido es pertinente tener en cuenta la postura de Figueroa, Torres et al (2016), quienes mencionan que cada adulto mayor experimenta cambios en sus dimensiones físicas, sociales y mentales, que altera su calidad de vida, bienestar y su percepción sobre ellas; así, la profundización en estos componentes resultan ser significativos en procesos de investigación, puesto que convertirán en una oportunidad para la toma de decisiones profesionales, se fomenten datos importantes para la construcción de políticas públicas, se encaminen acciones multidisciplinarias e interinstitucionales, que favorezcan el bienestar e inclusión social de los adultos mayores. Adicionalmente, estos estudios se consideran pertinentes puesto que se articulan con uno de los ejes propuestos por el PDSP 2012-2021, eje que menciona el bienestar y por consiguiente la calidad de vida, puntos importantes en la población en envejecimiento.

Desde otra mirada, “las desigualdades sociales, económicas y políticas tejen una telaraña de desventajas en torno al adulto mayor que lo hacen vulnerable frente a otros grupos poblacionales” (Cardona y Peláez, 2012, p. 335). Esta problemática, despierta el interés de desarrollar estudios que permitan reconocer circunstancias y situaciones que experimentan los adultos mayores; por ejemplo, el ahondar en aspectos que enmarque la calidad de vida. Autores como Gobbens y Van Assen (2017) señalan la importancia de reconocer desde una visión multidimensional la calidad de vida en las personas mayores, prestando mayor atención a la inactividad física, salud y relaciones sociales. Además, la Organización Mundial de la Salud y las Políticas de envejecimiento están enfatizando en la importancia de prestar especial interés en la calidad de vida de los adultos mayores, con el objetivo principal de fomentar, en la medida de lo posible, un envejecimiento activo.

Torres y Flores (2018) señalan que las investigaciones relacionadas con el bienestar psicológico han cobrado relevancia, puesto que permiten conocer una de las necesidades específicas de esta población, aumentar la comprensión del bienestar psicológico en los adultos mayores, puede constituirse en el punto de partida en la implementación de intervenciones comunitarias comprometidas a mejorar el bienestar colectivo de esta población. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2002) ha destacado la importancia de disponer de organizaciones sociales y programas comunitarios tendientes a lograr mayores niveles de bienestar en la población adulto mayor.

El estudio que aquí se propone, resultó importante en cuanto a su novedad y viabilidad, en lo novedoso porque en el Municipio la Llanada hasta el momento no se ha desarrollado investigaciones que incluyan las variables de calidad de vida y bienestar psicológico en la población adulto mayor y en cuanto a la viabilidad porque se cuenta con una población

significativa y una base de información confiable; además se contó con el recurso humano de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y el acceso a la población del programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada Nariño.

Este estudio pretendió aportar fundamentos teóricos que orienten la intervención desde la psicología comunitaria, por tanto, los resultados buscan conducir la intervención de la población del adulto mayor en los ambientes sociales, económicos, políticos y culturales, en los cuales interactúan. Así mismo, es relevante mencionar que la investigación consideró pertinente plantear la propuesta de intervención comunitaria tendiente a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del municipio la Llanada.

Teniendo en cuenta las líneas de investigación de la maestría de Psicología Comunitaria este proyecto de investigación se suscribe en la macro línea de intersubjetividades, contextos y desarrollo y en la sublínea de salud mental, bienestar y calidad de vida comunitaria y cambio social, porque aborda los aspectos de calidad de vida y bienestar psicológico de los adultos mayores, temas que se relacionan con vida del sujeto y a la postre con los procesos colectivos; además se los aborda desde la de la Psicología comunitaria, descartando la óptica médica o biológica, aunque es pertinente trabajar estos dos aspectos desde una visión interdisciplinaria.

### **Marco conceptual y teórico**

El referente teórico del presente estudio se fundamenta en tres ejes temáticos. En primer lugar, se establece el envejecimiento, el segundo relacionado con calidad de vida y finalmente, un acercamiento al bienestar psicológico.

#### **Envejecimiento**

“El envejecimiento es un proceso irreversible, y por el momento, inevitable, que se inicia o se acelera al alcanzar la madurez, después de los 20 y 30 años, al concluir el desarrollo” (Malagón y Moncayo, 2011, p. 407). En tanto, se adhiere al ciclo vital como una etapa inherente al ser humano. Si bien es cierto, la etapa del envejecimiento tiene “componentes biológicos, psicológicos y sociales” (Malagón y Moncayo, 2011, p. 407). Que conducen a los individuos a ser más vulnerables de vivenciar enfermedades, discapacidades y restricciones en la participación social, no necesariamente pueden constituirse en una realidad inevitable y generalizada; pues la atención que establezcan las políticas públicas, la investigación, el contexto y diversos sistemas, serán algunos de los factores que demostrarán impactos importantes, en esta población respecto al bienestar, calidad de vida y participación social.

En concordancia con lo anterior el envejecimiento está trascendiendo la visión centrada en la enfermedad y dependencia, puesto que ser adulto mayor, no necesariamente implica estar enfermo y con un deterioro en el estado funcional y psicológico. Al respecto, el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015), menciona que es de gran importancia cambiar las percepciones acerca del envejecimiento, a partir de tres elementos relevantes. En primer lugar, señala que no existe una persona mayor típica, existen poblaciones mayores con altos niveles de capacidad física y mental, en comparación con jóvenes; en segundo lugar, refiere que la edad avanzada no implica dependencia, finalmente menciona que el envejecimiento de la población

aumentará el gasto en salud, pero no tanto como se piensa. En algunos países de ingresos altos, el gasto en salud por persona se reduce después de los 75 años de edad aproximadamente.

Teniendo en cuenta los anteriores planteamientos, es necesario mencionar el concepto de envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, es entonces cuando se empieza a reconocer la interacción entre el envejecimiento activo y los escenarios de carácter político, social, cultural, económico, que pueden convertirse en agentes para la salud en general, de la población adulto mayor.

### **Calidad de vida y adulto mayor**

Estos conceptos se los abordará desde la parte subjetiva, porque se mide desde la perspectiva de la persona y multidimensional, porque requiere la medición de la capacidad funcional, bienestar físico, emocional y social. En este sentido la OMS (como se citó en Rodríguez, 2012) define la calidad de vida.

Como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (p.245).

También podemos decir que, en las anteriores consideraciones, la calidad de vida se fundamenta en la percepción que tiene una persona frente al grado de satisfacción o insatisfacción en diversas dimensiones de su vida; físicas, emocionales y sociales.

Adicionalmente, el contexto social, económico y cultural, cobran un valor importante en la medida que afecten o fomenten, el bienestar y satisfacción del sujeto.

Lo anterior, conduce a entender que la definición de calidad de vida es compleja demandando varias perspectivas constituyéndose en un concepto amplio y holístico, requiriéndose una mirada multidimensional que abarque diversos elementos relevantes para el bienestar de la persona; en tal sentido, su análisis e interpretación no debe reducirse a dominios específicos, sino una amplia gama de aspectos que permitan una medición holística de la calidad de vida de las personas; ahora bien, antes de mencionar la calidad de vida en el adulto mayor, es necesario tener en cuenta que el envejecimiento activo y saludable debe considerar “el bienestar personal, su funcionalidad y entornos sociofamiliares propicios” (Varela, 2016, p. 201), que le permitan al adulto mayor, gozar de oportunidades favorables en todas las dimensiones de su vida, en este contexto, el adulto mayor experimentará mayores o menores niveles de calidad de vida, al contar con recursos y medios propicios, puesto que la calidad de vida “se relaciona con factores económicos, sociales y culturales” (Varela, 2016, p. 200).

En este punto, resulta oportuno citar estudios que reflejan la calidad de vida en el adulto mayor. Por ejemplo, Zhong, Xu, Xie y Liu (2019) encontraron como resultados principales una calidad de vida estadística más baja en los adultos mayores, debido a una alta prevalencia en problemas de la visión, depresión y soledad. Asimismo, Hajian-Tilaki, Heidari, Hajian-Tilaki (2017) mencionan que el sexo es un factor importante en la calidad de vida; la calidad de vida de los adultos mayores es generalmente más baja en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres mayores tienen más probabilidad de experimentar un deterioro funcional en la movilidad y problemas psicosociales. En esta línea, Chen, Hicks y While (2014) se interesaron por explorar la calidad de vida y factores relacionados en personas mayores que viven solas, los hallazgos de

este estudio reportaron una asociación entre la calidad de vida y la satisfacción con las condiciones generales de vivienda, la salud autoevaluada, la capacidad funcional, la depresión, el nivel económico, el apoyo social, la soledad, la ocupación anterior y la satisfacción de los servicios de salud se relacionaron de forma independiente con la calidad de vida.

Zhong, Xu, Xie y Liu (2019) afirman que centrarse en la calidad de vida, ayudaría a superar los tratamientos centrados en la enfermedad. Este acercamiento resulta oportuno para los adultos mayores, puesto que su percepción de bienestar no solamente puede estar asociada a la ausencia de la enfermedad, sino, a un amplio conjunto de dominós físicos, sociales y psicológicos, importantes para su salud.

Son muchas las contribuciones en el campo de calidad y adulto mayor, de ellas es crucial entender que los adultos mayores perciben su calidad de vida desde factores personales hasta factores ambientales, en este panorama, nuevamente convoca a plantear que la calidad de vida en esta población no puede limitarse en el estudio de la enfermedad, si no, a explorar diversos dominios que influyen en su bienestar, satisfacción y calidad de vida.

### **Bienestar psicológico en el adulto mayor**

El bienestar psicológico es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo, está relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida. La psicóloga Carol Ryff, profesora en la Pennsylvania State University y directora del Institute of Aging, desarrolló un modelo de bienestar psicológico formado por seis dimensiones, así como una escala para



medirlas: autonomía, relaciones positivas, propósito en la vida, manejo del entorno, autoaceptación y crecimiento personal; esta herramienta fue implementada en esta investigación.

En torno al bienestar psicológico en el adulto mayor, puede reconocerse que el apoyo, los medios y oportunidades sociales y económicas propicias, tienen una influencia importante en la forma como el adulto mayor percibe su bienestar psicológico. En concordancia y de acuerdo con Vivaldi y Barra (2012) el bienestar en la población que envejece se encuentra influido por características sociodemográficas, la evaluación subjetiva frente a los recursos y apoyo social. A partir de un análisis de antecedentes, es posible visibilizar el interés que ha surgido en el campo científico, tendiente a analizar el bienestar psicológico en el adulto mayor, respecto a factores que incluyen en él; así se resalta el estudio de Ferrada y Zavala (2014) quienes reportan una diferencia significativa entre el bienestar psicológico de los adultos mayores voluntarios y no voluntarios, permitiendo concluir, que el vivir una vejez activa específicamente participando en un voluntariado, otorga mayor grado de bienestar psicológico a los adultos mayores. En esta línea, Vivaldi y Barra (2012), señalan en su investigación que el apoyo social percibido, la percepción de salud, el sexo masculino y adultos mayores casados, mostraron una asociación significativa con el bienestar psicológico. Una de las principales recomendaciones de este estudio, revelan la importancia de implementar programas comunitarios que conduzcan a incentivar la formación de redes sociales y apoyo social, puesto que se constituyen en elementos protectores para el bienestar psicológico de la población adulto mayor.

### **Tendencias en el estudio de envejecimiento**

La OMS (2005) propone a nivel mundial, que el envejecimiento demanda una optimización de oportunidades respecto a tres componentes importantes: salud, participación social y seguridad para los adultos mayores. Desde esta mirada, esta organización se ha establecido como un

fundamento importante en la consolidación de políticas sobre el envejecimiento, un soporte científico en procesos investigativos, así como también, su fundamentación conceptual ha cobrado una gran relevancia en las prácticas comunitarias.

Apoyándose en consideraciones anteriormente señaladas, se sabe que el envejecimiento está en un constante crecimiento y en este sentido, las Naciones Unidas (2002), establece como un objetivo principal, promover la equidad en el marco laboral, garantizando la inclusión laboral de las personas de todas las edades, incluyendo las personas mayores. Esta organización ratifica la igualdad de oportunidades, eliminando de esta manera la discriminación focalizada a los trabajadores de mayor edad. Este aporte se visualiza en el documento presentado por la OIT ante la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002).

En el contexto colombiano, un referente importante en el marco del envejecimiento es la Política Pública Social para el Envejecimiento y Vejez 2015-2024 (Ministerio de Salud, 2014), en la cual se establecen ejes prioritarios y planes de acción pertinentes. En primer lugar, esta Política Pública apoyándose en los derechos de las personas adultas mayores, resalta la necesidad de procurar la protección y defensa de esta población. En segundo lugar, hace un especial énfasis en promover un envejecimiento activo, viendo la necesidad de potenciar el bienestar físico, social y mental de la población adulto mayor. Para ello, se resalta el apoyo de gobiernos departamentales, distritales y municipales. En tercer lugar, se menciona la Protección Social Integral del adulto mayor, siendo este un componente que aún sigue siendo un desafío, dado que Colombia se ha constituido en uno de los países con mayor desigualdad.

Las anteriores reflexiones conducen a pensar que el envejecimiento está trascendiendo a un enfoque centrado en la evaluación y fomento de oportunidades en los diversos ambientes que interaccionan los adultos mayores. Y precisamente este componente, se constituye en una

oportunidad para la psicología comunitaria, la cual asume su compromiso en el análisis de la realidad sociocultural de individuos y comunidades y tal como lo menciona Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro (2004), en identificar los contextos y sus efectos sobre las personas, estableciendo como objetivo principal, potenciar los entornos en beneficio de la población.

### **Metodología**

La investigación que aquí se propone, se enmarcó en un enfoque cuantitativo, y de acuerdo con Hernández (2014), en primer lugar, este enfoque permite medir variables en un contexto determinado, es así que las variables que se midieron se enmarcaron en la calidad de vida y bienestar psicológico, las cuales se analizaron y midieron, utilizando métodos estadísticos.

El estudio se adhiere a un enfoque empírico-analítico de tipo correlacional. Hernández (2014) señala que este tipo de estudio pretende conocer el grado de asociación entre dos o más variables, sin pretender dar una explicación completa o establecer la causa- efecto del fenómeno investigado, en este sentido se pretende medir la asociación entre la calidad de vida y bienestar psicológico en adultos mayores del programa Colombia Mayor del Municipio de la Llanada-Nariño, la correlación entre las variables puede ser positiva (directamente proporcional) o negativa (inversamente proporcional). Indicando la manera en la que una variable puede afectar a la otra, para el presente estudio se analizará como la calidad de vida relacionada con la salud puede afectar al bienestar psicológico.

Según el periodo y secuencia del estudio, se enmarca en una investigación transversal que como lo plantean Pineda y Alvarado (2008), se trata de medir las variables en un momento específico y de forma simultánea. Con relación a lo anterior, los instrumentos se aplicaron simultáneamente a las personas quienes participaron de la investigación, en un tiempo

determinado que fue de octubre a diciembre del 2018 y se midieron variables que tienen que ver con la calidad de vida y bienestar psicológico al mismo tiempo, sin pretender encontrar la causa y efecto.

### **Población**

El Programa de Adulto Mayor Colombia Mayor busca aumentar la protección de los adultos mayores que se encuentran desamparados, que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o en la extrema pobreza, esto por medio de la entrega de un subsidio económico. A nivel nacional cuenta con más de 250 mil beneficiarios en el programa y es apoyado por las alcaldías municipales, quienes cumplen un papel fundamental en la ejecución y seguimiento del programa.

Para el caso del municipio de la Llanada – Nariño, la población de adultos mayores se encuentran en zonas rurales y parte en el casco urbano del municipio, aquellos que cuentan con una salud óptima se dedican a labores del campo y aquellos que no cuentan con una salud adecuada conviven con la familia que se ha caracterizado por ser familias nucleares y extensas por las herencias culturales de la región.

### **Muestra**

De acuerdo con la base de datos del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada se tiene una población de 150 adultos mayores. Para este estudio se realizó un muestreo aleatorio simple, utilizando el siguiente procedimiento: 1) se asignó un número a cada individuo de la población y 2) a través de un medio mecánico (tabla de números), números aleatorios se eligieron

los sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido. Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula:

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

### Tamaño de la muestra

$N$  = tamaño de la población •  $e$  = margen de error (porcentaje expresado con decimales) •  $z$  = puntuación  $z$

La puntuación  $z$  es la cantidad de desviaciones estándar que una proporción determinada se aleja de la media. Para encontrar la puntuación  $z$  adecuada, se tuvo en cuenta la siguiente

**Tabla 1**

Medición del nivel de confianza

| Nivel de confianza | Puntuación |
|--------------------|------------|
|                    | $Z$        |
| 80%                | 1.28       |
| 85%                | 1.44       |
| 90%                | 1.65       |
| 95%                | 1.96       |
| 99%                | 2.58       |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Para este estudio se determina el nivel de confianza 90% (1,65), un margen de error del 5%, por tanto, la muestra representativa es de 97 adultos mayores y se establecen los criterios de inclusión y exclusión como se anuncian a continuación.

**Criterios de inclusión:**

Adultos mayores usuarios del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada.

Adultos mayores quienes por voluntad propia diligencien el consentimiento informado (anexo 1).

Criterios de exclusión: Adultos mayores que por sus condiciones cognitivas, no tengan la posibilidad de responder a las preguntas establecidas en los instrumentos.

**Instrumentos**

Uno de los instrumentos que nos revelan datos importantes de la población objeto de estudio es la ficha sociodemográfica, que nos permite conocer la edad, el género, estado civil, dependencia, zona de procedencia y fecha de ingreso al programa (anexo 2).

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico, se seleccionó el cuestionario SF-36 sobre calidad de vida (anexo 3).

**Cuestionario SF-36.**

El cuestionario de salud MOS-SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey) fue desarrollado a principios de los años noventa en Estados Unidos, para ser utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).

Posteriormente, fue traducida al español por Alonso y Cols para el uso en Iberoamérica (Wu Aw, 1991). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general. Sus buenas propiedades psicométricas y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (Wu Aw, 1991).

El Cuestionario de Salud SF-36 está conformado por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas o dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento (Alonso, s. f.).

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes dimensiones: Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM). Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. Las 8 dimensiones son:

Función Física (FF): Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 preguntas).

Rol físico (RF): Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 preguntas,).

Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 preguntas).

Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 preguntas).

Vitalidad (VT): Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 preguntas).

Función Social (FS): Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 preguntas).

Rol Emocional (RE): Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 preguntas).

Salud mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Para su evaluación se ha propuesto la forma de puntuación de Rand Group, quien estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100 puntos. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 puntos (lo mejor es 100 puntos). Por ejemplo, pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50 - 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75 - 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran. Las características de las puntuaciones son como siguen:

- a) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud.



b) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido del cuestionario se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

El cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. La sumatoria y los promedios de las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud general permiten estimar los aspectos totales de la salud física y la sumatoria y los promedios de dimensiones de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, determinaran los aspectos totales de la salud mental de los individuos encuestados.

El cuestionario detecta el estado de “peor” calidad de vida relacionada con la salud (menores puntuaciones que se acerque a 0) y el estado de “mejor” calidad de vida relacionada con la salud (mayores puntuaciones que se acerquen a 100)

Para el segundo objetivo específico, se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (anexo 4).

#### **Escala Bienestar Psicológico.**

La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) consta de 65 ítems, con valoraciones que van desde 1 a 5. En un principio, se incluyó dentro de la escala el Inventario de Felicidad de Oxford (Oxford Happiness Inventory (Argyle y cols., 1989), y posteriormente, se separaron ambos cuestionarios. Los ítems fueron redactados específicamente por el equipo de investigación teniendo en cuenta los datos aportados por el propio estudio. Algunos autores distinguen entre dos medidas del bienestar psicológico: una propiamente psicológica y otra referida al bienestar material.

Con objeto de lograr una mayor especificación se añadieron también 10 ítems referidos al bienestar laboral y 15 a las relaciones de pareja como integrantes de la escala total. De este modo, se han diferenciado cuatro subescalas: Bienestar psicológico subjetivo, Bienestar material, Bienestar laboral y Relaciones con la pareja.

Aun cuando los dos primeros cuestionarios deben ser siempre aplicados conjuntamente (e incluso aparecen editados con numeración consecutiva), cabe hacer una estimación independiente de cada una de las subescalas y por ello, se ofrecen baremos por separado.

### ***Las subescalas EBP***

#### **a) Bienestar Psicológico Subjetivo**

La mayor parte de los autores distinguen entre la satisfacción con la vida, por un lado, y el afecto positivo y negativo, por otro, como componentes del bienestar psicológico. La escala que hemos denominado Bienestar psicológico se refiere a la felicidad, mientras que la identificada como afecto incluye la afectividad positiva y la negativa. Esta distinción se basa en la investigación de Argyle, Martin y Crossland (1989); Argyle y Lu (1990) y Furnham y Brewin (1990) ya que mientras que existen medidas sinónimas psicométricamente válidas de la infelicidad y del afecto negativo, no las hay de la felicidad, exceptuando el Inventario de Felicidad de Oxford (Argyle y cols., 1989). La escala hace referencia a la felicidad o al bienestar, es decir, a mayor puntuación mayor percepción subjetiva de bienestar. Las instrucciones subrayan que se explora la etapa concreta vital que está atravesando el evaluado en cuestión (adolescencia, juventud, edad mediana, vejez).

#### **b) *Bienestar Material***

Los cuestionarios de Bienestar material se basan, generalmente, en los ingresos económicos, las posesiones materiales cuantificables y otros índices semejantes. En la escala que aquí se

presenta se han incluido 10 ítems relativos al bienestar material, pero según la percepción subjetiva de cada persona y no según índices externos. Al hacerlo así, hay una congruencia total con los ítems referidos al bienestar psicológico como tal.

c) *Bienestar Laboral*

El bienestar o satisfacción laboral guarda una estrecha relación con la satisfacción general, unida a la del matrimonio y la de familia (Argyle, 1992). Benin y Nierstedt (1985) descubrieron que, si la felicidad matrimonial era la mayor fuente de felicidad, la insatisfacción laboral era la mayor causa de infelicidad. Teniendo en cuenta estos datos, Argyle (1992) concluye que la satisfacción laboral es una fuente más importante de insatisfacción y preocupaciones que de satisfacción.

d) *Relaciones con la pareja*

La mayor parte de estudios consideran que las relaciones satisfactorias entre los miembros de una pareja son uno de los componentes importantes del bienestar general, de la felicidad. Los estudios sobre las relaciones entre esposos se han centrado primordialmente en el concepto de ajuste conyugal. Una de las escalas más utilizadas en la investigación ha sido la Locke-Wallace Marital Adjustment Scale (Locke y Wallace, 1959) definieron el ajuste conyugal como “la acomodación mutua del esposo y la esposa en una etapa concreta” (p. 251).

En los casos en que resulte procedente la aplicación de las cuatro puede obtenerse, además de las valoraciones específicas, una puntuación global a la que todas ellas contribuyen (escala combinada de Bienestar psicológico) o una puntuación ponderada a partir de los ítems con mayor valor discriminativo (escala ponderada). En el apartado de normas de interpretación se ofrecen datos complementarios sobre estas dos últimas escalas.

La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) está compuesta por un total de 30 ítems y un puntaje máximo posible de 150 puntos y distingue entre satisfacción con la vida por un lado y el afecto positivo y negativo por otro. Su interpretación comprende una relación escalonada en la que, a mayor puntuación, mayor percepción subjetiva de bienestar personal.

### **Variables**

Son características que pueden ser medidas, adoptando diferentes valores en cada uno de los casos de un estudio, para el que nos ocupa están relacionadas con calidad de vida, bienestar psicológico y datos sociodemográficos.

Las variables sociodemográficas tienen que ver con la edad, género, estado civil, dependencia, zona de procedencia y fecha de ingreso, para el presente estudio no serán relacionadas con las demás variables.

Tabla 2

Descripción de las variables sociodemográficas

| Nombre de la variable | Significado   | Clase        | Medición | Valor que toma  |
|-----------------------|---|--------------|----------|---|
| Edad                  | Edad en años cumplidos en el momento de la recolección de los datos.                            | Cuantitativa | Continua | Años  |
| Edad cat              | Edades agrupadas  | Cuantitativa | Continua | A=60-72 años<br>B=>72-86 años<br>C=>86-103 años   |
| Genero                | Género, masculino o femenino.   | cualitativa  | Nominal  | 1=Hombre<br>2=Mujer   |
| Civil                 | Estado civil registrado en historia clínica   | cualitativa  | nominal  | 1 =soltero<br>2 =casado<br>3 =viudo   |
| Dependencia           | Hace referencia al sitio de estancia habitual del adulto mayor dentro del programa adulto mayor | cualitativa  | nominal  | 1 = beneficencia mujeres<br>2 =beneficencia hombres<br>3 =pensión<br>4 =cuidados paliativos |
| Zona de procedencia   | Lugar de donde viene el adulto mayor catalogada por departamentos de Colombia                   | cualitativa  | nominal  | 1=Nariño<br>2= Valle del Cauca<br>3= Antioquia<br>4= putumayo                               |
| Fecha de ingreso      | Periodo de año en el que la persona ingresó al programa adulto mayor                            | cuantitativa | Continua | 1= 1990/1995<br>2=1996/ 2002<br>3=2003/ 2008<br>4=2009/2014<br>5=2015/2020                  |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Las variables que tienen que ver con la calidad de vida son ocho, cuatro se asocian a la salud física y cuatro a la salud mental; sin embargo, todas están sujetas a relacionarse con las variables de bienestar psicológico.

Tabla 3

Descripción de las variables de calidad de vida en cada uno de los dominios

| Nombre de la variable                         | Significado  | Clase        | Medición | Valor que toma           |
|---|--|--------------|----------|--------------------------|
| CVRS: FF<br>función física                    | sumatoria de todas las 10 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: ff01 hasta ff10, dividido sobre 10 | Cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: RF<br>rol físico                        | sumatoria de todas las 4 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: rf01 hasta rf04, dividido sobre 4   | Cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: DC<br>dolor corporal                    | sumatoria de todas las 2 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: dc01 hasta dc02, dividido sobre 2   | Cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: SG<br>salud general                     | sumatoria de todas las 5 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: sg01 hasta sg05, dividido sobre 5   | Cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: VT<br>vitalidad                         | sumatoria de todas las 4 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: vt01 hasta vt04, dividido sobre 4   | Cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: FS<br>función social                    | sumatoria de todas las 2 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: fs01 hasta fs02, dividido sobre 2   | Cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: RE<br>rol emocional                     | sumatoria de todas las 3 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: re01 hasta re03, dividido sobre 3   | Cuantitativa | Discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| CVRS: SM<br>salud mental                      | sumatoria de todas las 5 preguntas del cuestionario sf-36 con la denominación: sm01 hasta sm05, dividido sobre 5   | Cuantitativa | Discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| cvrs:tf (aspectos totales de la salud física) | Sumatoria de los totales de los puntajes de las dimensiones de ff,rf, dc, y sg, dividido 4.                        | Cuantitativa | Discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| cvrs:tm (aspectos totales de la salud mental) | sumatoria de los totales de los puntajes de las dimensiones de vt,fs, re y sm, dividido 4                          | Cuantitativa | Discreta | puntos que va de 0 a 100 |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Las dos variables que se presentan a continuación son producto de la sumatoria de las cuatro variables de la salud física y las cuatro variables de la salud mental que están dentro de la calidad de vida.

Tabla 4

## Descripción Variables de la totalidad del SF-36

| Nombre de la variable                            | significado  | tipo de variable | clase        | medición | unidad de medida         |
|--|--|------------------|--------------|----------|--------------------------|
| cvrs:tf<br>(aspectos totales de la salud física) | sumatoria de los totales de los puntajes de las dimensiones de ff, rf, dc, y sg, dividido 4. | Independiente    | cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |
| cvrs:tm<br>(aspectos totales de la salud mental) | sumatoria de los totales de los puntajes de las dimensiones de vt, fs, re y sm, dividido 4   | independiente    | cuantitativa | discreta | puntos que va de 0 a 100 |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Las seis variables del bienestar psicológico dan respuesta directa al objetivo específico dos y al tercero ya que se relacionarán con las variables de la calidad de vida.

Tabla 5

## Descripción Variables Bienestar Psicológico

| Nombre de la variable   | Clase        | Medición | unidad de medida |
|-------------------------|--------------|----------|------------------|
| 1. Autoaceptación       | Cuantitativa | Discreta | 749 20.6 3.32    |
| 2. Relaciones positivas | Cuantitativa | Discreta | 715 23.34 4.85   |
| 3. Autonomía            | Cuantitativa | Discreta | 603 26.93 4.84   |
| 4. Dominio del entorno  | Cuantitativa | Discreta | 476 22.97 3.99   |
| 5. Propósito de vida    | Cuantitativa | Discreta | 594 21.23 2.77   |
| 6. Crecimiento personal | Cuantitativa | Discreta | 803 25.16 18.18  |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

## **Hipótesis**

*Hipótesis de trabajo.* Existe relación entre la CV y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

*Hipótesis nula.* No existe relación entre la CV y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

### **Hipótesis específicas.**

Existe relación entre la dimensión función física y autoaceptación en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función física y relaciones positivas en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función física y autonomía en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función física y dominio del entorno en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función física y crecimiento personal en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función física y propósito en la vida en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol físico y autoaceptación en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol físico y relaciones positivas en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.



Existe relación entre la dimensión rol físico y autonomía en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol físico y dominio del entorno en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol físico y crecimiento personal en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol físico y propósito en la vida en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y crecimiento personal, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y propósito en la vida, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño

Existe relación entre la dimensión salud en general y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud en general y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud en general y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud en general y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud en general y crecimiento personal, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud en general y propósito en la vida, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y crecimiento personal, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y propósito en la vida, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y crecimiento personal en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y propósito en la vida en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y crecimiento personal, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y propósito en la vida en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud mental y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la salud mental y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la salud mental y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la salud mental y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la salud mental y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la salud mental y crecimiento personal, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la salud mental y propósito en la vida en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y autoaceptación, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y relaciones positivas, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y autonomía, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y dominio del entorno, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y crecimiento personal, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y propósito en la vida en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función física y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol físico y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión dolor corporal y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud en general y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión vitalidad y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión función social y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión rol emocional y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión salud mental y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Existe relación entre la dimensión transición de salud y el nivel de bienestar psicológico, en los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

### **Procedimiento**

En este apartado se mencionan el conjunto de acciones, que permitieron alcanzar los objetivos y fases metodológicas planteadas en el presente estudio.

- a. Validación de la propuesta de investigación ante los profesionales de la maestría de la UNAD.
- b. Solicitud de los permisos para el desarrollo de la investigación ante la Alcaldía del municipio de la Llanada-Nariño: Programa Colombia Mayor.
- c. Socialización de la propuesta ante las entidades pertinentes de la Alcaldía del municipio de la Llanada-Nariño: Programa Colombia Mayor.
- d. Construcción y validación del proyecto de investigación: una vez aprobada la propuesta se procede a la construcción del documento proyecto y validación ante los profesionales de la maestría de la UNAD y la Alcaldía del municipio de la Llanada.
- e. Identificación de la población. Una vez se obtienen los permisos necesarios y las bases de datos de la población, se procede a la caracterización de esta y determinar mediante los criterios de selección la muestra representativa.
- f. Reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- g. Trabajo de campo:

- Diligenciamiento y firma de consentimiento informado. A cada adulto mayor se explica las intenciones de la investigación y el documento consentimiento informado, para poder ser parte de la misma.
- Recolección de información, a través de la aplicación de los instrumentos. Se diligencian los instrumentos de recolección de información Calidad de Vida SF-36 y el Test de Bienestar Psicológico.
  - h. Sistematización de información. Se procede a la sistematización de la información en el programa Excel y Epi Info versión demo.
  - i. Análisis e interpretación de los datos univariados. Se determinan los respectivos análisis de las variables sociodemográficas
  - j. Análisis e interpretación de datos bivariados (correlación). Se realizan los cruces de variables de Calidad de Vida y Bienestar psicológico, teniendo en cuenta la significancia estadística.
  - k. Discusión de resultados. Una vez se validan los resultados univariado y bivariado, se relaciona con la literatura científica, los resultados más relevantes.
  - l. Correcciones. Se procede a las correcciones pertinentes del documento final
  - m. Socialización.

### **Plan de análisis estadístico**

Se realizó la depuración de la base de datos para establecer el número de participantes según la muestra y de acuerdo con los criterios de selección (inclusión y exclusión).

Para el análisis univariado: las variables cualitativas se representan mediante frecuencias absolutas y relativas, las variables cuantitativas con frecuencias absolutas y conocer el

comportamiento de estas. Para el cumplimiento de los objetivos 1,2 y 3 las variables cualitativas serán descritas mediante porcentajes y las cuantitativas con medidas de tendencia central.

Para el análisis bivariado: se determinará las pruebas de significación estadísticas, para definir la existencia o no de asociación entre las variables. Para ello, se utilizará el coeficiente estadístico Chi Cuadrado de Pearson, con el fin de examinar asociación entre variables categóricas (nominales u ordinales).

Lo anterior se realizará con el uso de los programas Excel y Epi Info versión demo, para la elaboración de gráficas y el análisis comparativo de los datos entre los grupos y para establecer las diferencias estadísticas entre los grupos, se establecerá un valor de significancia de “p”  $<0.05$  y chi 2 y será analizada con la prueba estadística paramétrica o no paramétrica que corresponda según el comportamiento de los datos.

A continuación, se dan a conocer los resultados del estudio los cuales se adhieren a los objetivos planteados. Inicialmente se muestran resultados sociodemográficos de la población objeto de estudio, posteriormente los análisis univariados con relación a la calidad de vida y Bienestar Psicológico de los adultos mayores del programa Colombia mayor del Municipio de la Llanada-Nariño.

Para el análisis univariado: Las variables cualitativas se representaron mediante frecuencias absolutas y relativas, las variables cuantitativas con frecuencias absolutas. Para el análisis bivariado: Análisis de asociación con OR con intervalos de confianza, posteriormente en la correlación, a través del cruce de variables entre los dominios de calidad de vida y bienestar psicológico, de esta manera, se da cumplimiento al tercer objetivo específico. Se realiza la depuración de la base de datos para establecer el porcentaje de no respuesta. Se realizó el análisis exploratorio de los datos para establecer valores perdidos y atípicos.



## **Resultados**

### **Análisis de resultados**

En el presente análisis, se muestran los resultados descriptivos teniendo en cuenta aspectos sociodemográficos de la población, dimensiones de la calidad de vida y bienestar psicológico. Así mismo, se presentan los análisis bivariados determinando las correlaciones entre las dimensiones de la calidad de vida y bienestar psicológico.

#### **Análisis de resultados de las variables sociodemográficas**

Como se aprecia en la tabla 6, la gran mayoría de las personas que participaron en el estudio (80 en total) corresponden al sexo femenino, el mayor porcentaje de la población se encuentra en el intervalo de edad de 60 a 72 años, el estado civil soltero fue predominante, 50% de la población vive con su esposa (o) e hijos, la mayoría de los participantes tienen casa independiente.

En la tabla 6 se observa que la edad promedio fue 73,29 años, con un mínimo de 60 y un máximo de 92 años.

Tabla 6

## Resultados de Variables sociodemográficas

| Variable           | Índice                        | F         | %           |
|--------------------|-------------------------------|-----------|-------------|
| Sexo               | <b>Mujer</b>                  | <b>54</b> | <b>67,5</b> |
|                    | Hombre                        | 26        | 36,8        |
| Intervalos de Edad | <b>60 a 72 años</b>           | <b>40</b> | <b>50,0</b> |
|                    | 73 a 86 años                  | 33        | 41,3        |
|                    | 87 a 103 años                 | 7         | 8,8         |
| Estado civil       | <b>Soltero</b>                | <b>35</b> | <b>43,8</b> |
|                    | Casado                        | 30        | 37,5        |
|                    | Viudo                         | 15        | 18,8        |
| Con quien vive     | <b>Esposa (o) e hijos(as)</b> | <b>40</b> | <b>50,0</b> |
|                    | Familiares                    | 18        | 22,5        |
|                    | Solo                          | 22        | 27,5        |
| Tipo de vivienda   | <b>Casa independiente</b>     | <b>74</b> | <b>92,5</b> |
|                    | Cuarto en casa de inquilinato | 2         | 2,5         |
|                    | Pieza en casa individual      | 3         | 3,8         |
|                    | Vivienda improvisada          | 1         | 1,3-        |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

### Análisis de resultados Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utilizó el SF 36 (*Short Form*) de 36 ítems o preguntas. Los dominios del cuestionario son: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Cada domino determina la percepción de la calidad de vida; puntajes altos determinan mejor percepción de CVRS.

Para la puntuación se tuvo en cuenta el Health Survey, Medical Outcomes Trust y Health Survey Standard Spain SF-36v2® Health Survey 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated. All rights reserved, SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust, (SF-36v2® Health Survey Standard, Spain) (Spanish), por tanto es una sumatoria de los ítems promedio según la recodificación propuesta por la Health Survey Standard, así como de su conversión a escala de 0-100 (SF-36v2® Health Survey Standard,

*Spain) (Spanish).*

Es importante mencionar, que de cada dominio los puntajes más altos representan mejor percepción de calidad de vida (escala de 0 a 100 puntos).

Respecto a las dimensiones del cuestionario SF 36 y teniendo en cuenta sus puntuaciones en la escala de 0 a 100 puntos, en la tabla 7 se aprecia que el promedio más alto (68.91) se encuentra en la dimensión de función social, con un mínimo de 12.5 puntos y un máximo de 100 puntos, seguido de dolor corporal con un promedio de 65.66. La dimensión de rol físico se encuentra en el promedio más bajo (53.75), con un mínimo de puntos y máximo de 100 puntos.

Tabla 7

Resultados Análisis descriptivo cuestionario SF 36 (CVRS)

| Dimensiones            | Min         | Max        | Media        |
|------------------------|-------------|------------|--------------|
| <b>Función física</b>  | <b>15</b>   | <b>100</b> | <b>64,76</b> |
| Rol físico             | 0           | 100        | 53.75        |
| <b>Dolor corporal</b>  | <b>0</b>    | <b>100</b> | <b>65.66</b> |
| Salud general          | 5           | 100        | 49.50        |
| Vitalidad              | 10          | 100        | 54.81        |
| <b>Función social</b>  | <b>12.5</b> | <b>100</b> | <b>68.91</b> |
| Rol emocional          | 0           | 100        | 58.75        |
| Salud Mental           | 20          | 100        | 61.35        |
| Transición de la Salud | 0           | 100        | 59.06        |
| n=80                   |             |            |              |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

### Análisis de resultados Bienestar Psicológico

Las respuestas a cada ítem de la EBP se valoran en una escala de 1 a 5 puntos, de acuerdo con el grado de frecuencia o conformidad que indican las cabeceras de las sucesivas líneas de la hoja de respuestas. Para calcular la puntuación directa (PD) de la escala ponderada se sumarán las puntuaciones correspondientes a los ítems de cada subescala. Respecto al bienestar psicológico,

en la tabla 8 se observa un mayor promedio en la subescala de propósito de la vida (4,00) con un mínimo de 1.33 puntos y máximo de 5 puntos. La subescala que obtuvo un menor promedio es Autonomía (3.34), obteniendo un mínimo de 2.25 y máximo de 4,25 puntos.

Tabla 8

Resultados Análisis descriptivo EBP

| Subescala                   | Min         | Max         | Media       | Desviación Estándar |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| Autoaceptación              | 1,83        | 4,83        | 3,83        | 0,74                |
| Relaciones positivas        | 2,33        | 5,00        | 3,96        | 0,59                |
| <b>Autonomía</b>            | <b>2,25</b> | <b>4,25</b> | <b>3,34</b> | <b>0,39</b>         |
| Domino del Entorno          | 1,83        | 5,00        | 3,93        | 0,65                |
| Crecimiento Personal        | 2,00        | 4,86        | 3,71        | 0,64                |
| <b>Propósito en la Vida</b> | <b>1,33</b> | <b>5,00</b> | <b>4,00</b> | <b>0,84</b>         |

n=80

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

**Análisis de resultados bivariado**

Se realizó recategorización de cada una de las dimensiones del cuestionario SF36 y de la escala de bienestar psicológico a variables dicotómicas, con el fin de establecer el análisis bivariado. Para la determinación de la existencia o no de asociación entre la variable dependiente y las variables independientes se utilizó el estadístico Chi Cuadrado de Pearson con el reporte del valor p, en el caso en que al menos una casilla reporte frecuencias esperadas menores a 5, la significancia estadística se reportó con el Test exacto de Fisher, como se lo presenta a continuación:

Tabla 9

Resultados de las relaciones de significancia estadística entre calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar psicológico.

| Escala<br>Bienestar<br>Psicológico | Dimensiones de calidad de vida |                           |                           |                                   |                          |                       |                          |                         |                   |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
|                                    | Dolor<br>Corporal<br>(DC)      | Función<br>Física<br>(FF) | Función<br>Social<br>(FS) | Transición<br>de la Salud<br>(HT) | Rol<br>Emocional<br>(RE) | Rol<br>Físico<br>(RF) | Salud<br>General<br>(SG) | Salud<br>Mental<br>(SM) | Vitalidad<br>(VT) |
| Autonomía                          | 0,161                          | 0,0186                    | 0,1222                    | -0,0261                           | 0,0175                   | -0,0378               | 0,027                    | 0,1048                  | 0,0063            |
| P=                                 | 0,1537                         | 0,8699                    | 0,2802                    | 0,818                             | 0,8779                   | 0,7391                | 0,8123                   | 0,3548                  | 0,9558            |
| Crecimiento<br>Personal            | 0,1584                         | 0,1553                    | 0,2445                    | 0,006                             | 0,0669                   | 0,1904                | 0,1314                   | 0,1729                  | 0,1122            |
| P=                                 | 0,1605                         | 0,1688                    | 0,0288                    | 0,958                             | 0,5556                   | 0,0907                | 0,2453                   | 0,1251                  | 0,3216            |
| Dominio del<br>Entorno             | 0,2525                         | 0,3374                    | 0,2959                    | 0,2135                            | 0,2299                   | 0,3127                | 0,202                    | 0,2299                  | 0,1837            |
| P=                                 | 0,0239                         | 0,0022                    | 0,0077                    | 0,0572                            | 0,0402                   | 0,0047                | 0,0723                   | 0,0402                  | 0,1028            |
| Autoaceptación                     | 0,0857                         | 0,1107                    | 0,3107                    | -0,027                            | 0,1393                   | 0,105                 | 0,1106                   | 0,1566                  | 0,1236            |
| P=                                 | 0,4496                         | 0,3284                    | 0,005                     | 0,8122                            | 0,2179                   | 0,354                 | 0,3288                   | 0,1653                  | 0,2749            |
| Propósito en la<br>vida            | 0,133                          | 0,2525                    | 0,2858                    | 0,2078                            | 0,1713                   | 0,1653                | 0,1428                   | 0,1926                  | 0,11              |
| P=                                 | 0,2394                         | 0,0238                    | 0,0102                    | 0,0643                            | 0,1286                   | 0,1427                | 0,2063                   | 0,087                   | 0,3313            |
| Relaciones<br>Positivas            | 0,1443                         | 0,1108                    | 0,381                     | 0,1571                            | 0,267                    | 0,1672                | 0,2393                   | 0,2176                  | 0,2016            |
| P=                                 | 0,2015                         | 0,3279                    | 0,0005                    | 0,1639                            | 0,0166                   | 0,1382                | 0,0325                   | 0,0525                  | 0,0729            |
| EBP (promedio<br>general)          | 0,1664                         | 0,1906                    | 0,3094                    | 0,1052                            | 0,1635                   | 0,1754                | 0,1568                   | 0,2052                  | 0,1369            |
| P=                                 | 0,1402                         | 0,0903                    | 0,0052                    | 0,353                             | 0,1474                   | 0,1197                | 0,1648                   | 0,0679                  | 0,226             |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Por medio de la prueba de independencia de chi cuadrado para evaluar la asociación entre cada una de las dimensiones que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud (SF36) y el bienestar psicológico, de acuerdo al cruce de variables de las dimensiones de la Calidad de Vida con la Escala de Bienestar Psicológico se determina que: La dimensión de calidad de vida en la función física el P Valor (0,0022) y el rol físico con un P Valor (0,0047), se relaciona con la escala del bienestar psicológico con el dominio del entorno. Igualmente, la correlación entre la dimensión de calidad de vida en relación con la función social P Valor (0,005), con el bienestar psicológico de autoaceptación y función social se correlaciona con un P Valor (0,005) con el bienestar psicológico referente a las relaciones positivas.

Tabla 10

Resultados de la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar psicológico

| Dimensión de SF36*  | Bienestar Psicológico<br>Chi2 | Valor p** |
|---------------------|-------------------------------|-----------|
| Función física      | 10,218                        | 0,003     |
| Rol físico          | 3,728                         | 0,078     |
| Dolor corporal      | 11,512                        | 0,005     |
| Salud en general    | 2,126                         | 0,135     |
| Vitalidad           | 1,494                         | 0,193     |
| Función social      | 11,512                        | 0,005     |
| Rol emocional       | 2,703                         | 0,100     |
| Salud mental        | 4,914                         | 0,036     |
| Transición en salud | 4,395                         | 0,058     |

\*Cuestionario SF36 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud

\*\*Prueba exacta de Fisher, debido a que al menos de 1 casilla tiene una frecuencia esperada menor a 5

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

Teniendo en cuenta el nivel de significancia estadístico donde la función física, el dolor corporal y la función social tienen prioridad dentro de la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor en relación al bienestar psicológico, de esta manera se deduce, que por medio de la prueba de independencia de chi cuadrado para evaluar la asociación entre cada una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (SF36) y el bienestar psicológico; se planteó la hipótesis nula  $H_0$  que el bienestar psicológico es independiente de cada dimensión evaluada, en otras palabras, que el bienestar psicológico no está asociado con cada una de las dimensiones. Se encontró, por una parte, que el bienestar psicológico está asociado con las dimensiones: función física, dolor corporal y función social. El chi 2 con un valor  $p < 0.005$ , permite rechazar la hipótesis nula de independencia. Por otra parte, la chi2 con un valor de  $p < 0.005$  no permite rechazar la hipótesis nula de independencia, por lo tanto, el bienestar psicológico, en esta población estudio, no está asociado con las dimensiones: rol físico, salud en

general, vitalidad, rol emocional y transición en salud.

### **Discusión**

De acuerdo a los hallazgos de la presente investigación y teniendo en cuenta las relaciones y significancias estadísticas entre la calidad de vida y el bienestar psicológico, se plantea dentro de la discusión presentar resultados de otras investigaciones e información importante de instituciones representativas con el fin de confirmar, complementar o también observar diferencias que puedan existir, de esta manera se tiene información suficiente que ayuda a entender a profundidad el tema de investigación.

Dentro del informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012), menciona que, dentro de un grupo de trece países de América Latina, Colombia tiene el más alto porcentaje de personas mayores de 60 años, dato que se relaciona con los resultados de la presente investigación donde el 50% de los adultos encuestados están entre 60 y 72 años de edad; desde esta realidad, sería lógico pensar que las condiciones sociales, económicas y culturales, deben constituirse en factores que promuevan óptimas condiciones para esta población. Al respecto, La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez “reconoce la responsabilidad y el compromiso fundamental del Estado Colombiano de garantizar los derechos y atender integralmente las necesidades, demandas y capacidades de las personas adultas mayores” (Organización Panamericana de la Salud, 2005, p. 11).

Confirmando la existencia de una población significativa a nivel nacional y en el territorio y, que existe una política de vejez, es indispensable promover en el municipio programas comunitarios que garanticen una mejor calidad de vida de esta población, más si observamos los resultados de la presente investigación en cuanto al bienestar psicológico, los adultos mayores

aún tienen la motivación para plantearse propósitos en la vida, este ítem fue el más alto 4.0 de 5.0 posibles, significa que persiguen metas, sueños u objetivos; tienen la sensación de que su vida se dirige a alguna parte, sienten que su presente y su pasado tienen significado, y mantienen creencias que dan sentido a su vida; en este orden de ideas la psicología comunitaria puede intervenir ya que su objeto es promover el poder y el control sobre las circunstancias de vida por parte de las personas que integran las comunidades, así como el cambio social.

Las relaciones positivas es una dimensión del bienestar psicológico que tiene el segundo mejor puntaje en esta investigación 3,96 de 5.0 significa que existen relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás, se preocupan por el bienestar de los otros, son capaces de experimentar sentimientos de empatía, amor e intimidad con los demás y entienden el dar y recibir que implican las relaciones; esta dimensión al realizar el análisis bivariado tiene un alto porcentaje de significancia con función social que tiene un puntaje alto en calidad de vida 68,9 de 100 reflejando que su estado de salud física y mental les permite relacionarse con los demás; resultados similares al estudio de Cao, Guo, Ping, Tan, Guo Y Zheng (2016), utilizando como instrumento principal el WHOQOL-BREF, los adultos mayores reportaron valores promedio más altos (61.92) para las relaciones sociales, salud física y los dominios de la salud mental. Los resultados anteriores tienen coherencia con la relación significativa encontrada entre función social y autoaceptación que al puntuar alto refleja en esta población una actitud positiva hacia sí mismas, aceptan los diversos aspectos de su personalidad, incluyendo los negativos, y se sienten bien respecto a su pasado; en la investigación de Juanas, Limón, Navarro (2013) en los ítems relacionados con las relaciones sociales y el apoyo social percibido, los resultados evidencian que los mayores que no salen con otras personas tienen menos posibilidades de hablar



con otros sobre sus problemas. Se distraen menos de lo que desean y reciben menos elogios y obtienen puntuaciones más bajas en la totalidad de las dimensiones de bienestar psicológico.

Como era previsible, las relaciones interpersonales actúan sobre el bienestar psicológico de un modo positivo, así lo reflejan los estudios de Ferguson y Goodwin (2010) y Friedman (2012). Se confirma un precepto conocido por todos, quien se acepta así mismo es capaz de aceptar a los demás. Estos estudios permiten valorar positivamente el hecho de que el 72.5% de los adultos mayores encuestados convivan con sus parejas e hijos u otros familiares, así mismo explicaría los buenos resultados en relaciones positivas y función social. Es bueno tener en cuenta que el otro 22.5% que respondieron vivir solos; sus familias, amigos, comunidad e instituciones públicas están pendientes para satisfacer sus necesidades básicas, si los familiares no están pendientes son los líderes comunitarios quienes reportan a las autoridades correspondientes como comisaria de familia para que haga que se protejan sus derechos o también con actividades comunitarias ayudan solventar las necesidades diarias, razón por la cual sólo el 1.3% reside en vivienda improvisada.

En cuanto a los resultados de significancia entre la autoaceptación y función social, se puede afirmar que los adultos mayores aceptan su historia, su condición actual y especialmente aceptan la de los demás, surgiendo unas relaciones cercanas con sus pares y demás comunidad, de ahí que surjan diferentes grupos con objetivos comunes: grupos de danzas, actividad física, manualidades etc. Realidad que se explica con la investigación de Rodríguez, García, Obando (2019) “Más del 90% no siente satisfacción con las actividades que se realizan en sus casas, pero todos desean que se incorporen otras actividades sociales que le den más participación y reconocimiento en la sociedad” (p.10). Según los resultados de Gallardo, Conde, córdoba (2016).

La participación social es un mecanismo protector de la vejez y un recurso social que se asocian positivamente con un envejecimiento exitoso, así, las funciones sociales se plantean como un facilitador en la vejez, por tanto, propiciar espacios y estrategias que promuevan la participación social, resultan relevantes en el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores (p.105).

Esta es una información valiosa para la psicología comunitaria en la medida que dentro del objeto está el estudio de las relaciones del individuo con su entorno y si estas son positivas, muy seguramente sus intervenciones tendrán el éxito esperado, una comunidad donde sus individuos se relacionan positivamente serán capaces de mantener el control y hacerse cargo de todas las situaciones que se presenten, sean positivas o negativas, además se les facilitará proponerse metas que mejoren su bienestar; Henríquez, Sánchez (2019) logran mediante la intervención de la cátedra universitaria del adulto mayor, que los adultos mayores

Participen en actividades culturales, políticas, curso de manualidades, celebraciones colectivas, actividades en círculos sociales. De estas, las que más se mencionaron fueron las culturales (las peñas en la casa de la cultura municipal, la realización de excursiones y la visita a museos tanto de la comunidad como de otros lugares de La Habana). La mitad de la muestra hizo referencia a las celebraciones colectivas, como cumpleaños, el Día de la Mujer, el Día de las Madres, el Día del Maestro, entre otras (p.17).

Otro aspecto de calidad de vida a tener en cuenta es el de dolor corporal, según los resultados de la investigación en cuanto a puntuación se sitúa en segundo lugar con 65.66 de 100, significa que la intensidad del dolor que experimentan por su estado de salud según su edad, les permite desarrollar actividades en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar; según la revista Médica Clínica Las Condes (2014) dice que:

El dolor crónico es común entre la población que envejece, mucho más que en las personas jóvenes, el 17% de los adultos menores de 30 años presentan dolor crónico en Estados Unidos en comparación con el 57% de los mayores de 65 años (p.675).

El impacto de las enfermedades crónicas en el estado funcional es mayor en los pacientes de edad avanzada, ya que hay déficits en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; al igual, que se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales, estas situaciones, sumadas a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente sus actividades cotidianas, para atender esta realidad, Alcuaz et al. (2014). Manifiestan.

Es importante conocerlos: quiénes son, cuáles son sus intereses, qué actividades realizan en el barrio, dónde se reúnen, y aprovechar estos espacios comunitarios para ofrecer a las personas con enfermedades crónicas que se acerquen a participar en ellos y, además, entablar institucionalmente vínculos para organizar acciones conjuntas de promoción (p. 124).

En este mismo sentido, Gonzales, Durán, Uribe y Valderrama, (2010). Dicen

Asimismo, son relevantes el diseño y la ejecución de programas de intervención que permitan crear redes de apoyo y de aprendizaje, ya que se ha observado que contribuyen en la estabilidad emocional del adulto mayor, disminuye su sensación de soledad e incrementan la motivación por la actividad física, lo cual es igualmente beneficioso para su funcionamiento cognitivo y físico (p.26).

Para corroborar lo dicho anteriormente es importante tener en cuenta los resultados obtenidos en una intervención realizada a adultos mayores en Cuba; Rodríguez, García y Obando (2019)

La mayoría de los adultos mayores considera que los ejercicios físicos son útiles para la salud

e incluso podrían eliminar sus dolencias con la práctica de ellos y la totalidad desea mejorar su estilo de vida. Podemos apreciar que recibieron con agrado las actividades que se realizaron (96,9%), y que el 100% también les gustaría realizar otras actividades y mediante ellas, el 100% sienten beneficios para su salud (pp.18-19)

Retomando los resultados de la investigación revelan que esta población aún tiene la capacidad para realizar actividades de la cotidianidad, resultados que son coherentes con los de función física, 64,76 de 100 reflejando que no hay mayor grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos, esto explicaría la buena participación de los adultos mayores en las actividades desarrolladas por el programa adulto mayor, acorde al plan de desarrollo del municipio de La Llanada Nariño 2016-2019 como son: actividad física en máquinas, bailoterapia, danzas, teatro, manualidades, jornadas recreativas, caminatas, paseos y proyectos productivos de especies menores; una de las situaciones del contexto que pueden aportar para que se den estos resultados es la vivencia de la ruralidad, donde el adulto mayor aún cuida animales domésticos como cuyes, gallinas, cerdos y siembra vegetales en la huerta casera como la cebolla, cilantro, perejil, repollo, acelga, lechuga; esta realidad se explica desde la investigación realizada por Hernández, Chávez y Carreazo (2016) quienes manifiestan que la población adulto mayor de la zona rural con respecto a la urbana, “tienen 8,4 puntos más en la dimensión “Física” ( $p<0,001$ ), 6,9 puntos más en la dimensión “Psicológico” ( $p<0,001$ ) y 7,8 puntos más en la dimensión Medioambiente” ( $p<0,001$ )”. Definitivamente el contexto de ruralidad ayuda a que el adulto mayor mantenga un buen nivel físico para la realización de las actividades diarias, especialmente aquellas que contribuyen a obtener ingresos que ayudan al sustento de la familia, acción que repercute positivamente en la estabilidad emocional al sentirse

útil y no una carga, así mismo proporciona un ambiente adecuado para las interacciones con la familia y la comunidad, situación propicia para adelantar intervenciones comunitarias dirigidas a mejorar su calidad de vida; consideraciones que se pueden sustentar en la investigación de Hernández, Chávez, Carreazo (2016). “En el área rural evaluada, la mayoría de la población adulta mayor contaba con un trabajo, de esta manera es posible postular que la población adulta mayor rural está predispuesta a una mayor autonomía y participación social y comunitaria, en contraste con los adultos mayores urbanos” (p.683).

Cuando se hace referencia a la ruralidad es porque la mayoría de la población tiene relación con actividades rurales, especialmente con labores tradicionales del territorio, en este orden de ideas es pertinente citar los resultados de la dimensión dominio del entorno, tercer mejor puntaje en bienestar psicológico 3.93 de 5.0, hace referencia al manejo de las exigencias y oportunidades del ambiente para satisfacer necesidades y capacidades. Según Rodríguez, Maldonado, Negrón y Toledo (2014) “el dominio del entorno, es la habilidad para elegir o crear ambientes favorables para satisfacer los deseos o necesidades propias. Incluye poseer la sensación de control sobre el mundo y sentirse capaz de influir el contexto que rodea la persona” (p. 15); en este sentido los adultos mayores en estudio muy seguramente hacen alarde de estar en su ambiente con su comunidad donde nacieron, aprendieron a trabajar, formaron una familia a la cual deben cuidar y proteger, utilizando lo que les brinda la tierra junto con los saberes que se reciben de generación en generación, “es así como cobra importancia la teoría de la continuidad, basándose en los principios que acaban de ser mencionados. Cabe mencionar que el 90% de adultos mayores no inicia actividades que no haya realizado antes” Hernández, Chávez y Carreazo (2016). Para que esto suceda indudablemente la población debe contar con las fuerzas suficientes como se lo reveló anteriormente con los resultados de función física y para corroborar esta información, en

el análisis bivariado entre los dominios de bienestar psicológico y calidad de vida, una de las relaciones de mayor significancia fue entre dominio del entorno y función física, visibilizándose en la comunidad mediante una notable participación de los adultos mayores en actividades agropecuarias, culturales y de recreación autóctonas de la región; desde esta perspectiva es válido pensar que los adultos mayores son sujetos activos de la comunidad, con capacidad de aportarle significativamente a esta sociedad ávida de mejores condiciones de vida y especialmente a su misma población de adultos mayores, desde la psicología comunitaria se tiene el precepto, que los mismos sujetos miembros de la comunidad son los llamados a transformarla y mejorarla en beneficio de todos.

Relacionando los resultados de las dimensiones de calidad de vida con bienestar psicológico, se evidencia que función física, dolor corporal y función social son las dimensiones que tienen mayor significancia con respecto al bienestar psicológico de esta población, resultados lógicos porque fueron las dimensiones que mayor valor tienen al momento de hacer el análisis de la calidad de vida. Así se puede decir a mayor calidad de vida, mayor bienestar psicológico; además sabemos que los adultos del programa adulto mayor del municipio de la Llanada tienen una buena calidad de vida especialmente en los aspectos de función social, dolor corporal y función física, y un buen nivel de bienestar psicológico muy seguramente en las dimensiones propósito en la vida, relaciones positivas, dominio del entorno y autoaceptación; porque también puntuaron alto en el análisis univariado. En este mismo sentido investigadores como: Cuadra, Medina y Salazar (2015) ratifican la asociación entre calidad de vida y bienestar psicológico, donde la calidad de vida tiene una importante influencia en el bienestar psicológico de los seres humanos; también Urzúa et al. (2011) concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores se relaciona directamente con el bienestar psicológico, entre otras variables. Y, en esta misma línea,

(Browning & Thomas, 2013) hallaron que el bienestar psicológico es una de las variables más relevantes a la hora de medir calidad de vida en personas de avanzada edad.

Para la presente discusión se ha tenido en cuenta los resultados con valores más altos de calidad de vida y bienestar psicológico, como también los de mayor significancia; sin embargo, existen otros resultados como: salud mental, rol emocional, vitalidad, rol físico, autonomía, crecimiento personal que evidencian un nivel aceptable de calidad de vida y bienestar psicológico que pueden ser fortalecidos mediante la intervención del gobierno, la sociedad y la familia. La psicología comunitaria puede aportar significativamente en este proceso ya que la misma población puede fortalecer estas dimensiones utilizando las que están en un buen nivel, así lo confirma Montero, (2004) las personas con las cuales se trabaja, no se las verá como sujetos pasivos o beneficiarios inertes de acciones y servicios psicológicos, sino como actores sociales, constructores de su realidad; además el gobierno nacional desde la Política de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, en su eje estratégico envejecimiento activo, fundamenta una visión de futuro, con el que se pretenden crear las condiciones para una vida autónoma, digna, larga, y saludable en condiciones de seguridad social integral para toda la población. Es un eje con visión de largo plazo, que debe permitir al país actuar en forma oportuna ante el crecimiento del índice de envejecimiento poblacional; pretende este eje que el aumento de las personas de 60 años o más, no se considere como una crisis social y económica; es un proceso evidente, que trae consigo múltiples retos a la sociedad colombiana para garantizar mejores condiciones de vida a las personas adultas mayores. En el marco de esta política, la administración municipal de La Llanada Nariño desarrolla el programa de adulto mayor, ofertando actividades recreativas, culturales y capacitaciones en manualidades, manejo de especies menores. Estas actividades las realizan los adultos mayores de manera voluntaria motivados por sus resultados positivos en la

salud física y mental; Ferrada y Zabala (2014) reportaron que los adultos mayores voluntarios presentan un mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con los adultos mayores no voluntarios, por tanto, los autores concluyeron que vivir una vejez activa participando de un voluntariado, otorga a los adultos mayores un mayor grado de bienestar psicológico.

La política pública citada anteriormente está orientada a garantizar un envejecimiento activo busca promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga, satisfactoria y saludable. Esto supone intervenciones a lo largo del curso de vida para garantizar, entre otros, los derechos a la salud, la participación, el empleo, la seguridad de ingresos, la educación, la cultura, la recreación y al medio ambiente, y para promover que cada vez más las personas adultas mayores sean activas, participativas, autónomas, con menores niveles de dependencia funcional; e intervenciones para desmitificar la vejez como problema y crear condiciones para que las personas adultas mayores sigan participando en la vida política, económica, social y cultural, tanto en los órdenes regional y comunitario como en la vida familiar.

Finalmente, para entender la importancia de los resultados desde la Psicología Comunitaria es indispensable tener un acercamiento a su definición.

Montero (2004) dice: La mayoría de los autores define a la psicología comunitaria como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad; además de esto supone una característica, realmente la primera y primordial, la esencial de la psicología comunitaria: lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su participación. Y no sólo como invitada, o como espectadora aceptada o receptora de beneficios, sino como agente activo con voz, voto y veto (p. 31).

Su objetivo principal es producir transformaciones en las comunidades procurando el



fortalecimiento y la participación de los actores sociales en sus propios entornos; es decir las personas son agentes de cambio en sus propios entornos y agentes activos en la detección de sus necesidades y la solución de sus problemas. En este sentido los algunos resultados demuestran que existe una población de adultos mayores con un buen nivel en calidad de vida y bienestar psicológico que los habilita física y psicológicamente como agentes activos, capaces de transformar su propio entorno; contrario a quienes piensan que los adultos mayores son una carga para la familia, la sociedad y el estado, concepto que ha contribuido históricamente a la discriminación, exclusión y desigualdad de esta población. En el caso colombiano, las principales desigualdades sociales en la vejez se manifiestan en términos de ingresos económicos, seguridad social en pensiones, educación y género. Colombia tiene el más alto porcentaje de personas mayores de 60 años que carecen de ingresos: 42 % de las mujeres y un poco más del 25 % de los hombres (CEPAL, 2012). Simultáneamente, es uno de los países en los que hay menor cubrimiento de la seguridad social en pensiones: menos del 40 % de quienes trabajan están cotizando a la seguridad social en pensiones; y, solo cerca del 25 % de las personas adultas mayores recibe algún tipo de pensión, resaltando que más del 70 % de las personas pensionadas reciben una pensión que no supera los dos salarios mínimos. Al año 2010, el 27% de los hombres y el 19% de las mujeres, mayores de 59 años, tienen como principal fuente de ingresos las pensiones (Dulcey, 2013). Esta realidad se podría revertir en gran parte si se sabe canalizar las fortalezas identificadas como: función física, función social, dominio del entorno, relaciones positivas etc. Para ello es necesario el trabajo conjunto de instituciones gubernamentales y no gubernamentales del nivel local, departamental y nacional, familia y los propios adultos mayores.

Teniendo en cuenta los hallazgos significativos de la presente investigación, el objetivo de la psicología comunitaria y la política pública nacional es pertinente plantear una propuesta de

intervención comunitaria que ayude a la población del programa adulto mayor del municipio de La Llanada en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

### **Pautas para la elaboración de la propuesta de intervención**

**Título: Envejecimiento activo, a través de la autogestión comunitaria en los adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño.**

De acuerdo con los hallazgos en la investigación sobre la Calidad de Vida y Bienestar Psicológico del Adulto Mayor del Programa Colombia Mayor se plantea una propuesta de intervención que puede ser ejecutada a futuro para darle continuidad a este trabajo de maestría: Envejecimiento activo, a través de la autogestión comunitaria en los adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño. Esta propuesta contribuye al mejoramiento de las condiciones del adulto mayor, desde las dimensiones trabajadas, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, interviniendo factores protectores que contribuyan al bienestar de la salud física, mental y de convivencia con los adultos mayores de la región.

Si bien es cierto, no existe un consenso para definir la calidad de vida, es importante mencionar que, la OMS (1994), la define como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (p. 153) se establece la creencia que, si los apoyos adecuados y apropiados están disponibles, la calidad de vida de las personas sería incrementada significativamente.

### **Descripción Del Problema**

El concepto de calidad de vida hace referencia de forma amplia, al bienestar de una persona en relación con múltiples aspectos y facetas de su vida. En líneas generales, se puede afirmar que la calidad de vida considera el bienestar físico, psicológico y social de una persona, aunque algunas definiciones añaden el bienestar espiritual. No obstante, es una construcción compleja ya que

atiende a percepciones personales y, por tanto, está condicionada por múltiples factores sociales, culturales y económicos. Por tanto, no es sorprendente que no exista una definición aceptada de forma unánime ni un método de medida estándar (Ades, Aragón 2013).

**Tabla 11.**

Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida

| Referencia               | Definición Propuesta  |
|--------------------------|---|
| Ferrans (1990b)          | Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.  |
| Hornquist (1982)         | Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.   |
| Shaw (1977)              | Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidades de vida. |
| Lawton (2001)            | Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y sionormativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.  |
| Haas (1999)              | Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.  |
| Bigelow et al., (1991)   | Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.   |
| Calman (1987)            | Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.  |
| Martin & Stockler (1998) | Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.   |
| Opong et al., (1987)     | Condiciones de vida o experiencia de vida.  |

Fuente: Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

### **Objetivo General de la propuesta de intervención comunitaria**

Fomentar un envejecimiento activo, a través de la autogestión comunitaria de los adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño, priorizando acciones respecto a la calidad de vida y bienestar psicológico.

### **Objetos Específicos**

- Diseñar una propuesta de acción comunitaria teniendo en cuenta los resultados más significativos de la investigación Calidad de vida y nivel de bienestar psicológico en adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño.
- Proponer una red de apoyo para los adultos mayores del programa Colombia Mayor que propenda por la realización de actividades encaminadas a una mejor calidad de vida y bienestar psicológico de esta población.

### **Justificación**

De acuerdo al estudio realizado de manera confiable y relevante de los datos encontrados en adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño, en relación a la Calidad de Vida y el Bienestar Psicológico y de acuerdo a las conclusiones del estudio, se propone el fomento de un envejecimiento activo, como una estrategia de acción que permita a futuro promover la salud y prevenir la enfermedad tanto en la población que está en una edad próxima a esta etapa como en el adulto mayor.

El beneficio es para los adultos mayores, puesto que tras el estudio realizado se podría implementar algunas actividades para evitar complicaciones con la enfermedad de base y mejorar la calidad de vida, en favor de futuras complicaciones de estas personas. Además, se plantea esta propuesta adicional al trabajo de investigación con el fin de generar acciones pertinentes, para evitar complicaciones con las enfermedades de base y mejorar la calidad de vida y el bienestar

psicológico del adulto mayor.

La importancia de esta propuesta es a nivel regional y local, ya que en el municipio de la Llanada-Nariño, no se han desarrollado investigaciones similares, que permitan conocer resultados a partir de las dimensiones de la calidad de vida y bienestar psicológico. Aquí es relevante señalar, que los hallazgos del estudio evidencian dominios de la calidad de vida y bienestar psicológico que requiere mayor atención. Respecto a la primera, se considera el rol físico, rol emocional, salud en general, vitalidad y respecto al bienestar psicológico, se encuentran en el dominio de autonomía y crecimiento personal.

Vale la pena resaltar que los resultados del estudio también permitieron identificar dimensiones con puntuaciones más altas: como función social, función física, dolor corporal en la calidad de vida y propósito en la vida, relaciones positivas, dominio del entorno y autoaceptación en bienestar psicológico. De acuerdo con los resultados bivariados, se resaltan correlaciones entre el dominio del entorno y función física y rol físico; autoaceptación y relaciones positivas con función social.

### **Fundamentos teóricos de la propuesta de intervención comunitaria**

#### **Calidad de Vida.**

Si bien el tema de la calidad de vida o de la *buena vida* está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término (Schwartzmann, 2003, p. 7).

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida.

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia,

Las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones (Schwartzmann, 2003, p. 12).

En relación con la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otro soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la

aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar. (Schwartzmann, 2003, p. 18).

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

Como consecuencia de estos cambios se ve disminuida la percepción de calidad de vida que según la OMS (1996) es definida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. “El concepto de calidad de vida es multidimensional no se le puede evaluar atendiendo solo a los bienes materiales o el estado de salud, sino que también incorpora factores físicos y psicológicos”. (Estrada, et al 2011, p. 12)

En cuanto a los adultos mayores en varios estudios se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa. Positiva cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales con buena salud, y negativa cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales.

La importancia de evaluar la calidad de vida que se ve implicada con el estado de salud en la población geriátrica, conlleva a detectar los beneficios y las consecuencias que son el resultado de diferentes estilos de vida, diversas enfermedades y a su vez un amplio rango de tratamientos distintos, los cuales se realizan con el objetivo de mejorar la calidad de vida en cada adulto mayor.

Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a



ofrecer y con sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentales. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Por su parte, los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos.

Los adultos mayores que tienen la oportunidad de mantener lazos afectivos activos con su familia (casados, con hijos, nietos o sobrinos) tienen mayor expectativa de vida que quienes carecen de red sociofamiliar. Se sabe que el número de muertos aumenta en adultos mayores que pierden su pareja durante los seis primeros meses de duelo, tendiendo a la baja luego. (Rodríguez, 2019).

Respecto a la independencia de los ancianos, existe un aumento de la tendencia de éstos a vivir en un hogar independiente de los hijos, pero manteniendo estrecho contacto con ellos, rechazando en lo posible la institucionalización en un hogar geriátrico. En estudios realizados en oriente y en occidente se observan diferencias fundamentales en este aspecto. Los orientales presentan mayor preferencia que los occidentales sajones a convivir con sus hijos y nietos en la ancianidad, Martínez (como se citó en Lujan, 2014, p.18).

### **Bienestar Psicológico.**

El bienestar psicológico es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo, está relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos,

aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida. La psicóloga Carol Ryff, profesora en la Pennsylvania State University y directora del Institute of Aging, desarrolló un modelo de bienestar psicológico formado por seis dimensiones, así como una escala para medirlas: autonomía, relaciones positivas, propósito en la vida, manejo del entorno, autoaceptación y crecimiento personal; esta herramienta fue implementada en esta investigación.

En torno al bienestar psicológico en el adulto mayor, puede reconocerse que el apoyo, los medios y oportunidades sociales y económicas propicias, tienen una influencia importante en la forma como el adulto mayor percibe su bienestar psicológico. En concordancia y de acuerdo con Vivaldi y Barra (2012) el bienestar en la población que envejece se encuentra influido por características sociodemográficas, la evaluación subjetiva frente a los recursos y apoyo social.

## **Metodología**

De acuerdo con los datos establecidos en el proyecto de investigación titulado: Calidad de Vida y Nivel de Bienestar Psicológico en Adultos Mayores del Programa Colombia Mayor del Municipio de La Llanada-Nariño; sus conclusiones y recomendaciones, se plantea pautas generales para la elaboración de una propuesta de intervención, con el propósito de lograr el cumplimiento de los objetivos planteados, mediante una metodología participativa que incluya técnicas como: observación participante, entrevista semiestructurada y grupo focal; este modelo propende por la democracia participativa en la toma de decisiones, incluyendo los saberes previos y el respeto de sus condiciones socioculturales en relación a los imaginarios y representaciones sociales. Un punto importante es la construcción de redes de apoyo conformadas por la familia, instituciones municipales y otros grupos organizados del municipio.

Con la propuesta de intervención se pretende que los actores sean partícipes de la construcción colectiva de su propio bienestar psicológico e igualmente una mejor calidad de vida.

### **Énfasis social – comunitario del proyecto**

La presente intervención se debe realizar desde la Psicología Comunitaria, la cual nos permite determinar el conjunto de conocimientos y actividades destinadas a promover el funcionamiento integral u óptimo de los miembros de las comunidades a través de procesos y métodos de intervención de carácter social y psicosocial; observa al sujeto como parte de una red vincular, de una sociedad y de una cultura.

### **Participantes**

Los directamente beneficiarios serán los adultos mayores inscritos en el programa de Colombia Mayor del municipio de la Llanada – Nariño, además de otros grupos de adultos mayores del municipio. Total, participantes del programa: 97, otros grupos del municipio 6 aproximadamente.

### **Fases**

Se proponen las siguientes fases con el fin de cumplir los objetivos:

#### **Fase 1: Socialización de resultados y planteamiento de acciones.**

##### ***Actividad 1: Descripción***

Se propone trabajar con la población seleccionada del estudio de investigación (97 adultos mayores), pertenecientes al programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño, teniendo en cuenta los resultados obtenidos del estudio, respecto a la Calidad de Vida y Bienestar Psicológico. Se debe establecer que dominios de la calidad de vida y bienestar psicológico requieren especial atención y mayor relevancia.

Una vez realizado la socialización, se debe plantear las actividades de intervención teniendo en cuenta los objetivos de la propuesta.

### ***Actividad 2. Organización de la información***

Para la organización de la información, se cuenta con insumos importantes basados en los resultados, el análisis del trabajo de investigación: Calidad de Vida y Nivel de Bienestar Psicológico en Adultos Mayores del Programa Colombia Mayor del Municipio de La Llanada-Nariño y más las actividades de intervención, se definen los aspectos relevantes y los datos estadísticos significativos, con el fin de organizar la información de acuerdo con el grado de complejidad y factor de riesgo para el adulto mayor. Como resultado se tendría una propuesta de plan de acción.

### ***Actividad 3: Análisis de la información***

Se analizarán los posibles resultados de la intervención y la presentación de resultados.

## **Fase 2: Consolidar una Red de apoyo.**

### ***Actividad 1***

Conformación red de apoyo con familiares, cuidadores y/o personal de salud encargados de la atención de los adultos mayores del programa de Colombia Mayor del municipio de la Llanada-Nariño

### ***Actividad 2***

Sensibilización de la red de apoyo, teniendo en cuenta los resultados en sus diferentes dimensiones respecto a la calidad de vida y bienestar psicológico. Esto permitiría el empoderamiento de la red de apoyo, basado en los hallazgos del estudio.

### ***Actividad 3***

Construcción de ruta de atención primaria de la red de apoyo.

***Actividad 4***

Formación red de apoyo como multiplicadores de la propuesta.

***Actividad 5***

Sensibilización con actores.

***Actividad 6***

Planificación Participativa

***Actividad 7***

Planear las acciones psicosociales basadas en el fortalecimiento de entornos físicos, sociales y culturales, que fortalezcan las dimensiones de calidad de vida y bienestar psicológico.

***Actividad 8***

Sistematización de la información

**Fase 3: Implementación de la propuesta.**

***Actividad 1***

Aplicación de la propuesta en población de Adultos Mayores, teniendo en cuenta las siguientes especificaciones:

- En el caso de una mayor afectación en el dominio físico, autores como Hsiao, Monroy y Lizan recomiendan acciones que podrían focalizarse en la realización de prácticas como el autocuidado, desplazamientos, en cuales se potencialice la funcionalidad o enfermedades que podrían estar afectando este dominio.
- Identificar principales barreras que afectan el acceso a la salud.

- Respecto al dominio del entorno resulta necesario mitigar creencias relacionadas con la dependencia inminente del adulto mayor, fomentar la autonomía, toma de decisiones y fortalecer el soporte familiar y comunitario. Estas acciones tendientes al mejorar y/o fortalecer las dimensiones físicas y sociales.
- Respecto a la autoaceptación, el autor Flecha resalta la importancia de mantener activos a la población adulto mayor, calidad de recursos y atención, actitudes positivas hacia la vejez y un contexto que permitan fomentar sus intereses y posibilidades.

***Actividad 2: Seguimiento y monitoreo***

***Actividad 3: Sistematización y análisis de resultados***

**Fase 4: Evaluación**

Evaluar el proceso realizado teniendo en cuenta los instrumentos planteados: observación participante, entrevista semiestructurada y el grupo focal.

**Tabla 12.**

Instrumento para la evaluación de la propuesta

| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Metas</b>   | <b>Indicadores.</b>   | <b>Actividades</b>   |
|--|--|---|--|
| 1.- Diseñar una propuesta de acción en pro de un envejecimiento activo tendiente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.   | Diseño de la propuesta de acción comunitaria de adultos mayores del programa Colombia Mayor del municipio de la Llanada – Nariño | Propuesta estructurada y socializada a la comunidad   | Socialización de la propuesta a la comunidad de Adultos Mayores del Programa Colombia Mayor y al personal asistencial. |
| 2.- Proponer una red de apoyo para los adultos mayores del programa Colombia Mayor que propenda por la realización de actividades encaminadas a una mejor calidad de vida y bienestar psicológico de esta población. | Red de apoyo conformada con el programa de Adulto Mayor.   | Red de apoyo conformada por adultos mayores, familia, personal de apoyo y comunidad.<br>Equipo psicosocial conformado | Realizar la reunión previa para conformación de la red de apoyo.<br><br>Acta de consolidación de la red de apoyo.      |
| 3.- Evaluar el impacto de la aplicación de la propuesta.   | Evaluación de la propuesta de acción comunitaria.  | Evaluación de la propuesta, bajo los parámetros establecidos.   | Diseño de formatos de evaluación.<br>Evaluación de las actividades.  |

Fuente: elaboración del autor a partir de los datos de la investigación

## **Conclusiones**

Las variables sociodemográficas de la población muestran, que en un mayor porcentaje de los adultos mayores corresponde al sexo femenino (67.5), resultados que coinciden con las proyecciones de población del DANE 2005-2020 (2007), cuando especifican que en la vejez hay una proporción de mujeres significativamente mayor que los hombres, la edad con mayor alto porcentaje está dentro del intervalo de 65 a 72 años, por eso sería lógico pensar que las condiciones sociales, económicas y culturales del país, deben constituirse en factores que promuevan óptimas condiciones para esta población; al respecto, La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez “reconoce la responsabilidad y el compromiso fundamentales del Estado Colombiano de garantizar los derechos y atender integralmente las necesidades, demandas y capacidades de las personas adultas mayores” (Organización Panamericana de la Salud, 2005, p. 11). El 43.8% de la población se encuentra en un estado civil soltero y la mayoría de los adultos mayores viven con su esposo (a) e hijos y tienen casa independiente.

Con referencia a calidad de vida los adultos mayores del estudio reportan mayores niveles en las dimensiones de función social, dolor corporal, función y menores niveles en las dimensiones de salud general, rol físico y vitalidad, evidenciándose que la disposición en lo social es el aspecto más positivo de los adultos mayores, seguido del dolor corporal y la función física que les permite desarrollar actividades de la cotidianidad acordes a su edad y realidad; esta revelación es importantísima en la medida que se tiene una población activa, habilitada para participar en los diferentes planes, programas y proyectos que conlleven al mejoramiento de las dimensiones de calidad de vida y bienestar psicológico que se encuentran en un nivel bajo impidiéndoles el goce de bienestar integral.



Respecto a bienestar psicológico, las dimensiones que mejores puntajes reportan son: propósito en la vida, relaciones positivas, dominio del entorno y autoaceptación, significando en lo individual que los adultos mayores persiguen metas, sueños, sienten que su vida se dirige a alguna parte, que su presente y pasado tienen significado, dando sentido a su vida; en lo social tienen relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás, se preocupan por el bienestar de los otros, son capaces de experimentar sentimientos de empatía, poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el ambiente que las rodea, hacen un uso efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y son capaces de crear o escoger entornos que encajen con sus necesidades personales, razones por las cuales el adulto mayor percibe altos niveles de bienestar psicológico que pueden ayudar en el mejoramiento de las dimensiones de autonomía y crecimiento personal que son las de menores puntajes. Es así como los adultos mayores se constituyen en una población objeto de intervención comunitaria, en la medida que tiene capacidad de empoderarse de su propia realidad, haciendo uso de sus habilidades, conocimientos, organización entre otros; sin embargo, se debe trabajar en las condiciones sociales, culturales y políticas para que se constituyan en facilitadores del bienestar de los adultos mayores.

En cuanto a los resultados de significancia entre la autoaceptación y relaciones positivas con función social, se puede afirmar que los adultos mayores aceptan su historia, su condición actual y especialmente aceptan la de los demás, surgiendo unas relaciones cercanas con sus pares y demás comunidad, de ahí que surjan diferentes grupos con objetivos comunes. El dominio del entorno se relaciona de manera significativa con función física y rol físico, reflejando en el adulto mayor sensación de control sobre el mundo, sintiéndose capaces de influir en el ambiente que los rodea, haciendo un uso efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y con capacidad

de crear o escoger entornos que encajen con sus necesidades personales; para que se de esta situación indudablemente la población debe contar con las fuerzas suficientes que los impulse a realizar las actividades cotidianas.

Relacionando cada una de las dimensiones de calidad de vida con bienestar psicológico, se evidencia que función física, dolor corporal y función social son las dimensiones que tienen mayor significancia con respecto al bienestar psicológico de esta población, resultados lógicos porque fueron las dimensiones que mayor valor tienen al momento de hacer el análisis de la calidad de vida. Así se puede decir a mayor calidad de vida, mayor bienestar psicológico.

Los adultos mayores generalmente son vistos como demandantes de cuidados; sin embargo, tienen la capacidad de hacer aportes importantes en sus familias y comunidad, contribuyendo en la transmisión de valores, la realización de tareas domésticas y especialmente participando activamente en actividades dirigidas a promover la salud y prevenir las enfermedades.

Resulta de gran importancia la promoción de estilos de vida saludables que incluyan temas relacionados con una adecuada nutrición y actividad física, de manera que se fomente la prevención de factores de riesgo relacionados con enfermedades como las cardiovasculares y respiratorias crónicas.

Desde la psicología comunitaria se puede afirmar que existe una población de adultos mayores con un buen nivel de calidad de vida y bienestar psicológico que los habilita física y psicológicamente como agentes activos, capaces de transformar su propio entorno; contrario a quienes piensan que los adultos mayores son una carga para la familia, la sociedad y el estado, causas de la discriminación, exclusión y desigualdad.

## Recomendaciones

Teniendo en cuenta que la población que envejece aumenta considerablemente en Colombia, este tema se debe considerar altamente relevante tanto en el ámbito científico, como en la construcción de políticas públicas. En el contexto colombiano, un referente importante en el marco del envejecimiento es la *Política Pública Social para el Envejecimiento y Vejez 2015-2024* (Ministerio de Salud, 2014), en la cual se establecen ejes prioritarios y planes de acción pertinentes. En primer lugar, esta Política Pública apoyándose en los derechos de las personas adultas mayores, resalta la necesidad de procurar la protección y defensa de esta población. En segundo lugar, hace un especial énfasis en promover un envejecimiento activo, viendo la necesidad de potenciar el bienestar físico, social y mental de la población adulto mayor. Para ello, se resalta el apoyo de gobiernos departamentales, distritales y municipales. En tercer lugar, se menciona la Protección Social Integral del adulto mayor, siendo este un componente que aún sigue siendo un desafío, dado que Colombia se ha constituido en uno de los países con mayor desigualdad. En resumen, esta *política pública colombiana* pretende beneficiar a las personas mayores de 60 años, quienes se encuentren en situaciones de mayor vulnerabilidad y desigualdad social.

Teniendo en cuenta los resultados de menor puntaje en de calidad de vida relacionados con la salud se resalta la necesidad de implementar procesos investigativos y acciones con especial énfasis en las dimensiones de salud general, vitalidad y rol físico, en la población adulto mayor, con el fin de plantear acciones que contribuyan a mejorar el bienestar de la población, para este propósito serían las instituciones de salud las encargadas de articular esfuerzos para lograr los objetivos planteados.

Si se afirma que los programas comunitarios se constituyen en factores protectores del

bienestar de los adultos mayores, se recomienda encaminar intervenciones y estudios dirigidos a colectivos y comunidades de adultos mayores con el objetivo principal de fomentar un envejecimiento activo y la igualdad de oportunidades en esta población; muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a ofrecer y con sensación de bienestar, consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentes. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Resalta el estudio de Ferrada y Zavala (2014) quienes reportan una diferencia significativa entre el bienestar psicológico de los adultos mayores voluntarios y no voluntarios, permitiendo concluir, que el vivir una vejez activa específicamente participando en un voluntariado, otorga mayor grado de bienestar psicológico a los adultos mayores.

Sería importante un mayor acercamiento a la población para conocer detalles de lo que piensan sienten y desean a nivel personal y comunitario, esto con la finalidad de comprender los resultados estadísticos y de esta forma tener claridad en lo que se puede proponer al momento de realizar una intervención desde la Psicología comunitaria.

Se recomienda a los investigadores desarrollar estudios que enmarquen la calidad de vida y bienestar psicológico a otros sectores de Nariño, con el fin de demostrar la relación e influencia entre estas dos variables. Los resultados de estas investigaciones pueden constituirse en un respaldo importante en las políticas públicas y así mismo, en la implementación de intervenciones multidisciplinarias.

### Referentes Bibliográficos

- Alcuaz, A., Perman, G., Branz, F., Dabbat, P., Villar, N., Padrones, N., ...Barrio Nuevo, M. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. Argentina
- Alonso, C. (s.f). *Versión española del Cuestionario de Salud SF-36 adaptada, Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-IMAS)* Barcelona: Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios.
- Alvarado, A., Salazar, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerocomos, 25 (2), 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>.
- Browning, C., & Thomas, S. (2013). *Enhancing quality life in older people*. Recuperado de: <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2013/february/browning/>.
- Cao, W., Guo, C., Ping, W., Tan, Z., Guo, Y Zheng, J. (2016). *A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults*. International Journal of environmental research and public health, 13(7), 693. Doi:10.3390/ijerph13070693.
- Cardona, P. y Peláez, E. (2012). *Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones*. Revista Científica Salud Uninorte, 28(2), 335-348.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2012). *Panorama Social de América Latina*. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/1/S2012959\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/1/S2012959_es.pdf).
- Cuadra, A., Medina, E y Salazar, K. (2015). *Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la Ciudad de Arica*. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, 11(35), 56-67. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/836/83646545005.pdf>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2015). *Censo 2005 y proyecciones*.

Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.

Departamento Administrativo Nacional De Estadística, DANE (2007). *Censo General. Conciliación*

*Demográfica*. Recuperado de [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).

Estrada A., Cardona D., Segura A., Chavarriaga L., Ordoñez J., Osorio J., (2011). *Calidad de Vida de los*

*Adultos Mayores de Medellín*. Biomédica, 492-502. Recuperado de:

<http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399/783>

Ferrada, M. y Zavala, M. (2014). *Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del*

*voluntariado*. Ciencia y enfermería, 20(1), 123-130. [https://dx.doi.org/10.4067/S0717-](https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011)

[95532014000100011](https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011).

Gallardo, L., Conde, D., Córdoba, I. (2016). *Asociación entre envejecimiento exitoso y participación*

*social en personas mayores chilenas*. Escuela de trabajo social. Facultad de Ciencias Sociales y

Jurídicas. Universidad de Tarapacá. Gerocomo, 27 (3), p.104-108.

Gobbens, R., y Van Assen, M. (2017). *Associations between multidimensional frailty and quality of life*

*among Dutch older people*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 73, p. 69–76. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494317302492?via%3Dihub>.

Gonzales, A., Durán, A., Uribe, A., Valderrama, L., (2010). *Enfermedad crónica en adultos mayores*.

Pontificia Universidad Javeriana. Universitas Médica, vol.51, núm, 1. Bogotá.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., y Hajian-Tilaki, A. (2017). *Are Gender Differences in Health-related*

*Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease*

*Conditions in Elderly People?* International journal of preventive medicine, 8, 95. doi:

10.4103/ijpvm.IJPVM\_197\_16.

Henríquez, P., Sánchez, L. (2019). *Impacto del programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en el empoderamiento comunitario*. Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v39n1/0257-4314-rces-39-01-e5.pdf>

Hernández, H., Chávez, M. y Carreazo, N. (2016). *Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33(4), p.680-688. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=815997f7-4504-4539-9cd6-86f14489579b%40sessionmgr4006>.

Hernández, S. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.

Juanas, A., Limón, M., Navarro., E. (2013). *Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores Pedagogía Social*. Revista Interuniversitaria, (22), p.153-168. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135031394011>.

Malagón, G y Moncayo, A. (2011). *Salud Pública. Perspectivas*. Bogotá, Colombia: Editorial Medica Panamericana.

Martínez, F. (2004) *Geriatría y gerontología*. Universidad estatal a distancia de Costa Rica. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>.

Mayordomo, T., Sales, A., Satorre, E. y Meléndez, J. (2016). *Bienestar psicológico en función de la*

*etapa de vida, el sexo y su interacción*. Pensamiento Psicológico, 14(2), p.101-112. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a08.pdf>.

Medhi, G., Sarma, J., Pala, S., Bhattacharya. H., Bora, P. y Visi, V. (2019). *Association between health-related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam*. India. Journal of family medicine and primare care, 8(5), p.1760-1764.

Millán J. (2011). *Envejecimiento y calidad de vida*. Revista Galega de Economía, Vol,20, p.1-13.

Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/287067448> Quality of life and aging.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública. (2012-2021)*.

Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.

Ministerio de Salud. (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. 2015-2024*.

Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*.

Buenos Aires. Argentina. Recuperado de <http://catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>

Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*.

Barcelona, España: Editorial UOC.



Novoa, M., Caycedo, C., Aguilón, M., y Suarez, R. (2008). *Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá*. Pensamiento

Psicológico, 4(10), p.177-192. Recuperado de:

<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/99/25>

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2002). *Envejecimiento Activo: Un marco político*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37(S2), p.74-105.

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2005). *Plan de acción internacional sobre envejecimiento: informe sobre su ejecución*. Asamblea nº 58. Ginebra Recuperado de

[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA58/A58\\_19-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_19-sp.pdf).

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*.

Recuperado de

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=C6E244770A747D31C8F21B6695938553?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=C6E244770A747D31C8F21B6695938553?sequence=1)

Paredes, A., Yarce, E., Aguirre, D. (2018). *Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia*. Rev Cienc Salud, (1), 114-128. Doi:

<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>

Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). *Metodología de la Investigación*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Rathnayake, S. (2015). *Quality of Life and Its Determinants among Older People Living Rural*

*Community in Sri Lanka*, Indian Journal of Gerontology, 29(29), p.131-153. Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/ae6c/cd5bfd7438715cb3187839e9e0ada0104036.pdf>.

- Razo, A., Díaz, R., Morales, R. y Cerda, R. (2014) *Metaanálisis del concepto de calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: sentido de vida*. Rev CONAMED, 19(4), 149-156.  
Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=c94167fd-efef-4483-8d7e-1f7f01b56dd1%40sessionmgr102>.
- Rodríguez, E. (2012). *Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad*. Centro de investigaciones Abana, Cuba. Recuperado de <http://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/img-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>
- Rodríguez, N., García, Y., Obando, N. (2019). *Plan de actividades-físico-recreativas: Estilo de vida en adultos mayores, Parroquia Camilo Ponce, Babahoyo*. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. Número: Edición especial. Artículo nº33 Período: Noviembre, 2019.
- Rodríguez, Y., Maldonado, Y. Negrón, N., y Toledo, N. (2014). *Dimensiones del bienestar psicológico y su relación con el apoyo social percibido en estudiantes universitarios*. Universidad de Puerto Rico. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/267926455\\_Dimensiones\\_del\\_bienestar\\_psicologico\\_y\\_su\\_relacion\\_con\\_el\\_apoyo\\_social\\_percibido\\_en\\_estudiantes\\_universitarios](https://www.researchgate.net/publication/267926455_Dimensiones_del_bienestar_psicologico_y_su_relacion_con_el_apoyo_social_percibido_en_estudiantes_universitarios).
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. Ciencia y enfermería, 9 (2), 9-21. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)
- Siddiqui , A., Hasan, M., Abbas, K., Tariq, S. y Haider, S. (2019). *Health related quality of life of home dwelling vs. nursing facility dwelling elderly - A cross-sectional study from Karachi, Pakistan*.

Journal of the Pakistan Medical Association, 69(6). p.892-895.

Torres, W., y Flores. M. (2018). *Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores*. Revista de Psicología, 36(1), p. 9-48.

Urzúa, A y Caqueo, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Terapia Psicológica, 30(1), 61-71. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

Varela, L. (2016). *Salud y calidad de vida en el adulto mayor*. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 33(2), p. 199-201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2196

Villaverde. M, Fernández. L, Gracia. R, Morera. A, y Cejas R. (2000). *Salud Mental en Población Institucionalizada Mayor de 65 años en la Isla de Tenerife*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 35(5), p. 277-282.

Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). *Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores*. Terapia psicológica, 30(2), p.23-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.

Wu Aw Rh. (1991). *Versión española del cuestionario "mos-sf-30" para evaluar la calidad de vida de personas con infección por VIH/sida*. Barcelona: Medical Care.

Yarce, E., Chalapud, S. y Martínez, M. (2017). *Intereses de ocio y tiempo libre de los adultos mayores del municipio de Guachucal, Nariño*. Revista UNIMAR, 35(1), p.151-162.

Zhong, B. L., Xu, Y. M., Xie, W. X., y Liu, X. J. (2019). *Quality of life of older Chinese adults receiving primary care in Wuhan, China: a multi-center study*. PeerJ, 7, e6860. doi:10.7717/peerj.6860.

## Anexos

**Anexo 1: Consentimiento informado**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD – PROGRAMA DE  
PSICOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EL  
NIVEL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO SUBJETIVO EN ADULTOS MAYORES  
PROGRAMA COLOMBIA MAYOR DEL MUNICIPIO DE LA LLANADA-NARIÑO.**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado/a Con CC.  
No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

En plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado/a adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como sujeto experimental del proyecto referente a esta declaración.

Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación adicional o justificación.

Así como también, soy consciente que los resultados derivados de los análisis tendrán un manejo confidencial, de manera que no serán publicados mi nombre e identidad.

Si Participo del estudio \_\_\_\_\_ No participo del estudio \_\_\_\_\_

Atentamente,

**Nombre**

**No. Cedula**

**Participante del proyecto**

**Nombre de la persona que diligencia el Consentimiento Informado**

**Anexo 2: Ficha sociodemográfica**

| NOMBRE DE LA VARIABLE | VALOR QUE TOMA   | NOMBRE DE LA VARIABLE  | VALOR QUE TOMA  |
|-----------------------|--|------------------------|---|
| EDAD                  | Años _____   | EDAD cat               | A=60-72 años ____<br>B= >72-86 años ____<br>C= >86-103 años ____                  |
| GENERO                | 1 = Hombre ____<br>2 = Mujer ____  | ESTADO CIVIL           | 1 =soltero ____<br>2 =casado ____<br>3 =viudo ____                                |
| DEPENDENCIA           | 1 = beneficencia<br>____ mujeres<br>2 =beneficencia hombres<br>____ 3<br>=pensión ____<br>4 =cuidados<br>paliativos ____ | ZONA DE<br>PROCEDENCIA | 1=Nariño ____<br>2= Valle del Cauca ____<br>3= Antioquia ____<br>4= putumayo ____ |
| FECHA DE<br>INGRESO   | 1= 1990/1995 ____<br>2=1996/ 2002 ____<br>3=2003/ 2008 ____<br>4=2009/2014 ____<br>5=2015/2020 ____                      |                        |   |

**Anexo 3: Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF – 36**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA**  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACION**

Encuesta No. \_\_\_\_\_

**Título:** Relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico subjetivo en adultos mayores programa Colombia mayor del municipio de la Llanada-Nariño en el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2018.

**Objetivo:** Analizar la relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico subjetivo en adultos mayores programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada-Nariño en el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2018.

Cuestionario DE SF – 36: Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental (35)

**Instrucciones:** La persona encuestadora leerá el cuestionario y consignará la información de acuerdo a la respuesta del encuestado.

**Responsable:** \_\_\_\_\_

Nº Registro

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN**

| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: FUNCIÓN FÍSICA. (FF)</b> |   |                        |                          |                          |                       |
|--|---|------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>PREGUNTA (en las últimas 4 semanas, usted...)</b>  | <b>RESPUESTA</b>       |                          |                          | <b>VALOR QUE TOMA</b> |
|  |   | 1 =Sí, me limita mucho | 2 =Sí, me limita un poco | 3 =No, no me limita nada |                       |
| FF01   | 1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?       |                        |                          |                          |                       |
| FF02   | 2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? |                        |                          |                          |                       |
| FF03   | 3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?   |                        |                          |                          |                       |

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| FF04 | 4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?                    |  |  |  |  |
| FF05 | 5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?                    |  |  |  |  |
| FF06 | 6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?                              |  |  |  |  |
| FF07 | 7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?                            |  |  |  |  |
| FF08 | 8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? |  |  |  |  |
| FF09 | 9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?            |  |  |  |  |
| FF10 | 10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?                      |  |  |  |  |

| CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: ROL FÍSICO (RF) |   |           |        |                |
|--|---|-----------|--------|----------------|
| CÓDIGO   | PREGUNTA (en las últimas 4 semanas, usted...)   | RESPUESTA |        | VALOR QUE TOMA |
|  |   | 1 = Sí    | 2 = No | 1= 0<br>2= 100 |
| RF01   | 1. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?                                 |           |        |                |
| RF02   | 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?  |           |        |                |
| RF03   | 3. . Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?                        |           |        |                |
| RF04   | 4. . Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? |           |        |                |



| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: DOLOR CORPORAL (DC). En las últimas 4 semanas, usted</b> |  |                  |                       |
|--|--|------------------|-----------------------|
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>PREGUNTA (en las últimas 4 semanas, usted...)</b>   | <b>RESPUESTA</b> | <b>VALOR QUE TOMA</b> |
| DC01   | 1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?   | 1 =No, ninguno   | 1= 100                |
|  |  | 2 =Sí, muy poco  | 2 = 80                |
|  |  | 3 =Sí, un poco   | 3 = 60                |
|  |  | 4 =Sí, moderado  | 4 = 40                |
|  |  | 5 =Sí, mucho     | 5 = 20                |
|  |  | 6 =Sí, muchísimo | 6 = 0                 |
| DC02   | 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | 1= Nada          | 1=100                 |
|  |  | 2 =Un poco       | 2=75                  |
|  |  | 3 =Regular       | 3=50                  |
|  |  | 4 =Bastante      | 4=25                  |
|  |  | 5 =Mucho         | 5 =0                  |

| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: SALUD GENERAL (SG)</b> |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)</b>             | <b>VALOR QUE TOMA</b>   | <b>UNIDAD DE MEDIDA</b>                       |
| SG01   | 1. En general, usted diría que su salud es:                     | 1= Excelente<br>2=Muy buena<br>3 =Buena<br>4 =Regular<br>5 =Mala                                      | 1= 100<br>2 =75<br>3 =50<br>4 =25<br>5 =0     |
| SG02   | 2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas. | 1 =Totalmente cierta<br>2 =Bastante cierta<br>3 =No lo sé<br>4 =Bastante falsa<br>5 =Totalmente falsa | 1= 0<br>2 = 25<br>3 = 50<br>4 = 75<br>5 = 100 |
| SG03   | 3. Estoy tan sano como cualquiera.                              | 1 =Totalmente cierta<br>2 =Bastante cierta<br>3 =No lo sé<br>4 =Bastante falsa<br>5 =Totalmente falsa | 1= 100<br>2 =75<br>3 =50<br>4 =25<br>5 =0     |

|      |                                     |   |   |
|------|-------------------------------------|---|---|
| SG04 | 4. Creo que mi salud va a empeorar. | 1 =Totalmente cierta<br>2 =Bastante cierta<br>3 =No lo sé<br>4 =Bastante falsa<br>5 =Totalmente falsa | 1= 0<br>2 = 25<br>3 = 50<br>4 = 75<br>5 = 100 |
| SG05 | 5. Mi salud es excelente.           | 1 =Totalmente cierta<br>2 =Bastante cierta<br>3 =No lo sé<br>4 =Bastante falsa<br>5 =Totalmente falsa | 1= 100<br>2 =75<br>3 =50<br>4 =25<br>5 =0     |

| CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: VITALIDAD (VT) |  |  |   |
|---|--|--|---|
| CÓDIGO  | PREGUNTA ( en las últimas 4 semanas, usted:)                                   | RESPUESTAS   | VALOR QUE TOMA  |
| VT01  | 1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca | — 1= 100<br>— 2 = 80<br>— 3 = 60<br>— 4 = 40<br>— 5 = 20<br>— 6 = 0 |
| VT02  | 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?           | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca | — 1= 100<br>— 2 = 80<br>— 3 = 60<br>— 4 = 40<br>— 5 = 20<br>— 6 = 0 |
| VT03  | 3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?            | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca | — 1= 0<br>— 2 = 20<br>— 3 = 40<br>— 4 = 60<br>— 5 = 80<br>— 6 = 100 |
| VT04  | 4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?            | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca | — 1= 0<br>— 2 = 20<br>— 3 = 40<br>— 4 = 60<br>— 5 = 80<br>— 6 = 100 |

| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: FUNCIÓN SOCIAL (FS)</b> |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>CÓDIGO</b>   | <b>PREGUNTA (en las últimas 4 semanas, usted:)</b>   | <b>RESPUESTAS</b>  | <b>VALOR QUE TOMA</b>                         |
| FS01  | 1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? | 1= Nada<br>2 =Un poco<br>3 =Regular<br>4 =Bastante<br>5 =Mucho                             | 1= 100<br>2 =75<br>3 =50<br>4 =25<br>5 =0     |
| FS02  | 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?                      | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez | 1= 0<br>2 = 25<br>3 = 50<br>4 = 75<br>5 = 100 |
| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: ROL EMOCIONAL (RE)</b>  |  |  |   |
| <b>CÓDIGO</b>   | <b>PREGUNTA (en las últimas 4 semanas, usted:)</b>   | <b>RESPUESTAS</b>  | <b>VALOR QUE TOMA</b>                         |
| RE01  | 1. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿como estar triste, deprimido, o nervioso)?           | 1 = Sí<br>2 = No   | 1= 0<br>2= 100                                |
| RE02  | 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?   | 1 = Sí<br>2 = No   | 1= 0<br>2= 100                                |
| RE03  | 3. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?     | 1 = Sí<br>2 = No   | 1= 0<br>2= 100                                |
| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: SALUD MENTAL (SM)</b>   |  |  |   |
|   | <b>PREGUNTA (en las últimas 4</b>  | <b>RESPUESTAS</b>  | <b>VALOR</b>                                  |

| <b>CÓDIGO</b>   | <b>semanas, usted:)</b>   |  | <b>QUE TOMA</b>   |
|---|---|--|---|
| SM01  | 1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?                                 | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca   | 1= 0<br>2 = 20<br>3 = 40<br>4 = 60<br>5 = 80<br>6 = 100 |
| SM02  | 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca   | 1= 0<br>2 = 20<br>3 = 40<br>4 = 60<br>5 = 80<br>6 = 100 |
| SM03  | 3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?                       | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca   | 1= 100<br>2 = 80<br>3 = 60<br>4 = 40<br>5 = 20<br>6 = 0 |
| SM04  | 4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?                       | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nu  | 1= 0<br>2 = 20<br>3 = 40<br>4 = 60<br>5 = 80<br>6 = 100 |
| SM05  | 5. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?                                     | 1 =Siempre<br>2 =Casi siempre<br>3 =Muchas veces<br>4 =Algunas veces<br>5 =Sólo alguna vez<br>6 =Nunca   | 1= 100<br>2 = 80<br>3 = 60<br>4 = 40<br>5 = 20<br>6 = 0 |
| <b>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN LA DIMENSIÓN: TRANSICIÓN DE LA SALUD (HT)</b> |   |  |   |
| <b>CÓDIGO</b>   | <b>PREGUNTA</b>   | <b>RESPUESTAS</b>  | <b>VALOR QUE TOMA</b>                                   |
| HT01  | 1. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?                               | 1 =Mucho mejor ahora que hace un año<br>2 =Algo mejor ahora que hace un año<br>3 =Más o menos igual que hace un año<br>4 =Algo peor ahora que hace un año<br>5 =Mucho peor ahora que hace un año | 1= 100<br>2 =75<br>3 =50<br>4 =25<br>5 =0               |

**Anexo 4. Escala Bienestar Psicológico (EBP)**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA**  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Encuesta No. \_\_\_\_\_

**Título:** Relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico subjetivo en adultos mayores programa Colombia mayor del municipio de la Llanada-Nariño en el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2018.

**Objetivo:** Analizar la relación entre calidad de vida y el nivel de bienestar psicológico subjetivo en adultos mayores programa Colombia Mayor del municipio de La Llanada-Nariño en el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2018.

**Instrucciones:** La persona encuestadora leerá el cuestionario y consignará la información de acuerdo con la respuesta del encuestado.

**Responsable:** \_\_\_\_\_

| <b>FICHA EBP ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO-SUBJETIVO EBP</b>  |                           |                      |                        |                     |                |
|--|---------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| <b>PREGUNTA</b>  | <b>ITEM DE EVALUACIÓN</b> |                      |                        |                     |                |
|  | <b>Nunca o casi nunca</b> | <b>Algunas veces</b> | <b>Bastantes veces</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> |
| 1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.                           |                           |                      |                        |                     |                |
| 2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones              |                           |                      |                        |                     |                |
| 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente |                           |                      |                        |                     |                |
| 4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida                                       |                           |                      |                        |                     |                |
| 5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga   |                           |                      |                        |                     |                |
| 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad                                       |                           |                      |                        |                     |                |
| 7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo   |                           |                      |                        |                     |                |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar                                   |  |  |  |  |  |
| 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí  |  |  |  |  |  |
| 10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes |  |  |  |  |  |
| 11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto  |  |  |  |  |  |
| 12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo                              |  |  |  |  |  |
| 13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría                                   |  |  |  |  |  |
| 14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas  |  |  |  |  |  |
| 15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones                                       |  |  |  |  |  |
| 16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo                                   |  |  |  |  |  |
| 17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro         |  |  |  |  |  |
| 18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí             |  |  |  |  |  |
| 19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad  |  |  |  |  |  |
| 20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo                                   |  |  |  |  |  |
| 21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general                          |  |  |  |  |  |
| 22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen   |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida   |  |  |  |  |  |
| 24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo  |  |  |  |  |  |
| 25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida   |  |  |  |  |  |
| 26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza   |  |  |  |  |  |
| 27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos  |  |  |  |  |  |
| 28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria                                    |  |  |  |  |  |
| 29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida   |  |  |  |  |  |
| 30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida                                 |  |  |  |  |  |
| 31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo   |  |  |  |  |  |
| 32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí  |  |  |  |  |  |
| 33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo                                     |  |  |  |  |  |
| 34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está                                  |  |  |  |  |  |
| 35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo |  |  |  |  |  |
| 36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona                                   |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona               |  |  |  |  |  |
| 38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento               |  |  |  |  |  |
| 39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla |  |  |  |  |  |

Autoaceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31. Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32. Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33. Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39. Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38. Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29. Los ítems inversos se presentan en letra cursiva.

Los ítems seleccionados para la versión de 29 ítems se presentan resaltados en negrita.

(PDF) *Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff*. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/28125512\\_Adaptacion\\_espanola\\_de\\_las\\_escalas\\_de\\_bienestar\\_psicologico\\_de\\_Ryff](https://www.researchgate.net/publication/28125512_Adaptacion_espanola_de_las_escalas_de_bienestar_psicologico_de_Ryff) [accessed Nov 05 2018].